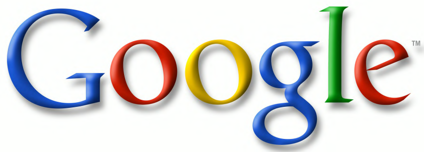
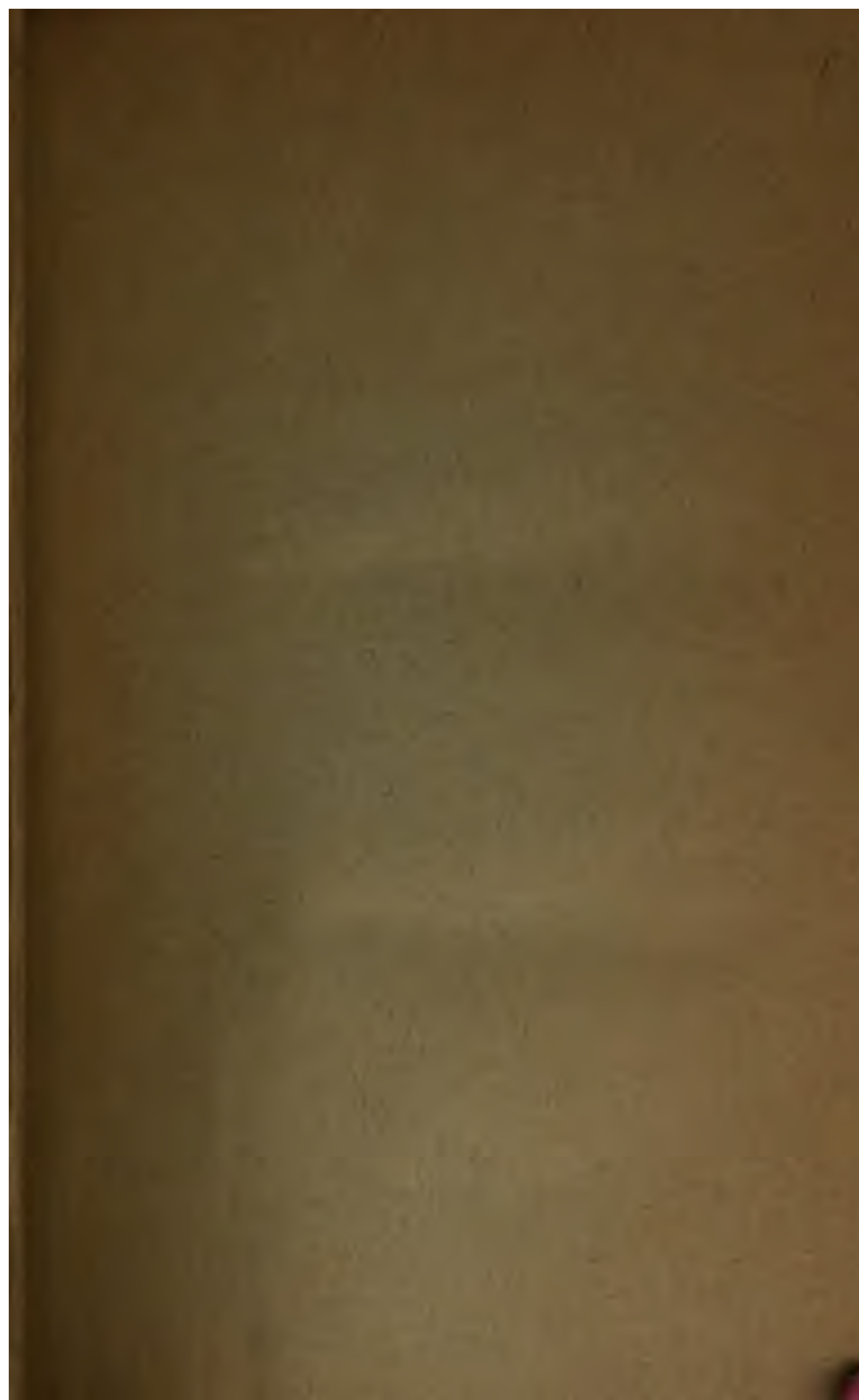




ANNALES
D'OCULISTIQUE.

ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

MÉDECIN-OCULISTE, CHIRURGIEN DU DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, RÉDACTEUR EN CHEF DU BULLETIN MÉDICAL BELGE
ET DE L'ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES, MEMBRE DES ACADÉMIES
ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'ANVERS, BERLIN, BORDEAUX, BRUGES,
BRUXELLES, GAND, LYON, MALINES, MONS, MONTPELLIER, PARIS, ETC.

Quatrième Année.

TOME V.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
13, Montagne-Ste-Élisabeth.

Avril à octobre 1841.

LISTE DE MM. LES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

M. *Lawrence*, à Londres.

AUTRICHE.

M. *Werneck*, à Salzbourg.

BAVIÈRE.

M. C. *Canstatt*, à Ansbach.

BELGIQUE.

MM. *Ansiaux* (Jules), à Liége. *Burggraeve*, à Gand. *Cutler*, à Bruxelles. *De Condé*, à Liége. *Dethier*, à Louvain. *Fallot*, à Namur. *Feigneaux*, à Bruxelles. *Gouzée*, à Anvers. *Hairion*, à Louvain. *Loiseau*, à Namur. *Pincoffs*, à Bruxelles. *Schoenfeld*, à Charleroi. *Stiévenart*, à Mons. *A. Uytterhoeven*, à Bruxelles.

FRANCE.

MM. *Caffe*, *Carron du Villards*, *Furnari*, à Paris. *Guépin*, à Nantes. *Miquel*, à Paris. *Pamard*, à Avignon. *Pétrequin*, à Lyon. *Rognetta*, à Paris. *Serre* (d'Uzès), à Alais. *Sichel*, à Paris. *Stœber*, à Strasbourg. *Szokalski* et *Velpeau*, à Paris.

HOLLANDE.

MM. *Van Onsenoort*, à Utrecht. *W. Hendriksz*, à La Haye.

IRLANDE.

M. *Wilde*, à Dublin.

PRUSSE.

M. *E. Blasius*, à Halle.

SAXE.

MM. *Ammon* (le chevalier d'), *Beger* et *Warnatz*, à Dresde.

SUISSE.

M. *Maunoir*, (le professeur) à Genève.

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

APR 3 1922

Tome V. — 1re livraison. — Avril 1841.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPHTHALMIE SCROPHULEUSE;

Par V. Stoeber, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Parmi les accidents variés auxquels sont sujets les individus à tempérament lymphatique exagéré, l'un des plus fréquents est sans contredit l'inflammation de l'une ou de plusieurs des parties de l'œil. On devrait penser qu'une maladie aussi commune que l'ophthalmie scrophuleuse, serait suffisamment connue, que tout le monde s'accorderait sur sa nature, ses symptômes et son traitement; et cependant il n'en est point ainsi : des divergences d'opinion se sont élevées entre les auteurs ophthalmologistes, sur la nature du mal dont M. Velpeau (1) a été jusqu'à nier la spécificité; on ne s'est pas accordé davantage sur la valeur des symptômes de cette ophthalmie, et si relativement à quelques points du traitement, les hommes qui se sont spécialement occupés de la matière, se rapprochent beaucoup dans leurs opinions, il n'en est pas moins vrai qu'il existe un très-grand nombre de médecins, qui n'ont pas profité de l'expérience de ceux-ci et qui continuent à appliquer à l'ophthalmie scrophuleuse un traitement ou insuffisant ou nuisible.

Depuis une quinzaine d'années j'ai vu un grand nombre de cas de cette affection, tant à la clinique des maladies des enfants, dont je suis chargé, que dans ma pratique civile; malheureusement je n'ai pu recueillir toutes les observations et parmi celles que je possède il y en a beaucoup d'incomplètes, ce qui provient tantôt de ce que plusieurs malades se trouvant en même temps à la consultation, je ne pouvais consacrer à chacun un temps suffisant pour recueillir toutes les don-

(1) Jeanselme, *Manuel pratique des maladies des yeux*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Velpeau, et *Annales d'Oculistique*, vol. IV.

nées, tantôt et le plus souvent de ce que les malades ne se représentaient plus, ou ne continuaient pas à venir à la consultation, jusqu'à leur entière guérison. Cependant quoique incomplètes sous certains rapports, ces observations peuvent servir sous d'autres, comme nous le verrons plus bas.

Les considérations dans lesquelles j'entrerai concernant quelques points de l'histoire de l'ophthalmie scrophuleuse reposent principalement sur 84 observations recueillies en 1839. C'est l'analyse de ces observations et le résultat de mon expérience et non une monographie complète de l'ophthalmie scrophuleuse qu'on trouvera dans ce travail.

Causes. — De toutes les maladies d'yeux l'ophthalmie scrophuleuse est la plus fréquente ; elle m'a fourni la cinquième partie de tous les malades affectés des yeux. C'est exactement la même proportion qu'a trouvée M. Sichel (1).

L'ophthalmie, comme tous les autres accidents scrophuleux, affecte surtout les enfants et les adolescents. On l'observe rarement sur des individus au-dessous de 2 ans ; elle est fréquente entre 2 et 7 ans ; puis diminue à mesure qu'on avance vers l'âge de 20 ans ; au-delà de cet âge elle est rare et n'affecte que des individus qui en ont déjà été pris avant la puberté. Ces résultats de l'expérience clinique ont été confirmés par les observations que j'ai recueillies en 1839 ; j'ai noté l'âge de 82 malades affectés d'ophthalmie scrophuleuse ; le plus jeune avait 18 mois et un seul dépassait l'âge de 20 ans. Sur les 82 malades :

48	avaient	de 18 mois à 7 ans.	
20	—	de 8 à 14 ans.	
14	—	de 15 à 20 —	et au-delà.

Les cinq sixièmes de ces individus appartenaient à la classe indigente, et habitaient des chambres étroites et encombrées, et le plus souvent, encore froides, humides et obscures. A cette cause puissante de scrophules, la viciation de l'air, se joignent chez ces indigents la disposition héréditaire par suite de l'état cachectique des parents et la mauvaise alimentation.

Chez quelques uns de mes malades il m'a été impossible de remonter à la source du mal ; ils étaient issus de parents bien constitués et se trouvaient dans des conditions hygiéniques très-favorables.

(1) *Revue trimestrielle de la clinique ophthalmologique.* Paris 1837, page 11. — *Gazette médicale de Paris* 1837.

L'ophthalmie affecte les scrophuleux bruns et les blonds. Je n'ai noté que 34 fois la couleur des cheveux, et j'en ai trouvé 10 blonds, 7 chatains clairs et 17 chatains foncés. Sur 21 cas dans lesquels j'ai marqué la couleur des iris, elle était brune 13 fois et bleue ou grise 8 fois. Ces chiffres ne prouvent rien, car ils sont trop petits; en outre il faudrait connaître la proportion des bruns aux blonds dans la population de Strasbourg; les premiers sont évidemment beaucoup plus nombreux.

La maladie scrophuleuse se manifeste par une foule de symptômes qui n'existent pas toujours simultanément et ne suivent pas non plus une marche régulière dans leur apparition successive. Tantôt ce sont les affections de la peau, tantôt celles des muqueuses, quelquefois les engorgements glanduleux, et dans certains cas même les accidents du côté des articulations ou des os, qui se développent d'abord.

L'ophthalmie est presque constamment précédée par d'autres accidents; cependant elle constitue quelquefois aussi les premiers symptômes des scrophules; c'est ce que nous voyons surtout arriver après les maladies éruptives, principalement après la rougeole. A la suite de cette ophthalmie se développent alors les teignes impétigineuses, les engorgements glanduleux et même des affections scrophuleuses plus graves.

Dans des cas rares l'ophthalmie n'est accompagnée, ni suivie d'aucun autre symptôme scrophuleux ; ces malades peuvent être considérés plutôt comme des individus à tempérament lymphatique très-prononcé, que comme des scrophuleux. Bien entendu que pour être considérée comme scrophuleuse ou lymphatique, l'ophthalmie doit alors présenter les signes caractéristiques de cette affection.

Dans 64 de mes observations dans lesquelles la marche antécédente de la maladie est indiquée l'ophthalmie n'a été précédée d'aucun autre symptôme morbide dans 2 cas seulement; 3 fois des ophthalmies répétées avaient affligé le malade; 3 fois on avait observé des ophthalmies et des teignes antécédentes (1); dans 14 cas le nez et la lèvre supérieure présentaient cette tuméfaction si fréquente et si caractéristique de la maladie scrophuleuse (7 fois cette difformité existait seule; 7 fois elle était combinée avec d'autres symptômes scrophuleux.)

L'ophthalmie était accompagnée et avait été précédée

(1) Nous ne savons quelle espèce de teigne ; mais nous supposons que c'étaient des teignes impétigineuses, attendu que d'après les résultats de notre expérience, le favus complique bien plus rarement les scrophules.

d'engorgements glanduleux	20 fois ;
de teignes impétigineuses (croûte de lait et teigne granuleuse)	30 —
d'ulcères scrophuleux	3 —
d'otorrhée chronique	2 —
de coryza habituel	1 —
de carreau	2 —
de rachitisme	1 —

Les teignes impétigineuses (impétigo du cuir chevelu ou teigne granuleuse ; et eczéma impétigineux de la tête ou croûte de lait) sont de tous les symptômes scrophuleux, ceux qui ont précédé le plus souvent l'ophthalmie. Le public croit généralement que les yeux s'affectent surtout par suite de la répercussion de la maladie cutanée. Sans vouloir nier que la suppression brusque d'un suintement chronique et abondant ne puisse provoquer une ophthalmie, je ferai cependant remarquer que l'inflammation oculaire se manifeste le plus souvent pendant l'existence de la maladie cutanée. Dans cinq cas seulement, j'ai vu l'ophthalmie ne se déclarer que quelques jours après la dessiccation de l'éruption à la peau, et dans un de ces cas, sur un enfant de 9 ans, l'ophthalmie s'était déjà manifestée plusieurs fois, et chaque fois après la disparition d'une éruption teigneuse ; ici il y avait évidemment une certaine corrélation entre les deux phénomènes morbides.

Dans aucun des cas d'ophthalmie mentionnés plus haut, le système osseux ni les articulations n'étaient affectés, (si j'en excepte un cas de rachitisme,) et cependant les caries scrophuleuses ainsi que les tumeurs blanches de même nature sont loin d'être rares, surtout dans le service des enfants malades à l'hôpital.

Symptômes.

Les parties de l'organe visuel que l'inflammation affecte de préférence chez les scrophuleux sont les bords palpébraux, la conjonctive et la cornée. Quelquefois l'inflammation s'étend au tissu cellulaire sous-conjonctival, à la sclérotique, et même à l'iris ou aux parties profondes de l'œil, comme le prouvent les dégénérescences staphylomateuses qu'on observe chez les scrophuleux, et qui proviennent d'ophthalmies négligées ou mal traitées. Les parties cependant ne s'affectent que consécutivement à la blépharite glanduleuse, à la conjonctivite et à la conjonctivo-kératite.

Dans les 84 cas de 1839, j'ai remarqué la proportion suivante entre ces différentes lésions : Ont été affectés :

Les bords palpébraux seuls	8 fois.
La conjonctive seule	25 —
Les bords palpébraux et la conjonctive	15 —
La conjonctive et la cornée	11 —
Les bords palpébraux, la conjonctive et la cornée	24 —

Une fois il n'y avait que de la photophobie, mais la conjonctive avait été légèrement injectée avant que le malade ne fût venu me consulter.

L'injection de la sclérotique a été notée 9 fois. Dans dix cas de conjonctivite et de blépharite glanduleuse des taies de la cornée indiquaient que cette membrane avait déjà été prise à d'autres époques. La cornée n'a jamais été enflammée seule ; toujours la conjonctivite l'accompagnait ; mais quelquefois cette dernière était peu intense, quoique l'affection de la cornée fût considérable.

La *blépharite glanduleuse scrophuleuse*, ne diffère de toute autre blépharite glanduleuse que par son opiniâtreté et par la constitution générale du malade. Lorsqu'elle est récente elle s'accompagne quelquefois de photophobie, mais dans les cas chroniques ce symptôme manque généralement. Des 8 malades affectés de blépharite glanduleuse, 6 n'avaient point de photophobie ; la maladie datait chez l'un de 2 mois, chez l'autre de 5, et chez les 4 derniers d'une ou de plusieurs années. Dans un cas une photophobie légère existait ; la durée antérieure du mal ne se trouve pas indiquée ; enfin une fois la photophobie était intense, aussi la maladie ne s'était-elle manifestée que depuis quinze jours. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres que j'ai eu l'occasion d'observer, la blépharite glanduleuse a été le résultat de l'extension aux paupières, d'une croûte de lait, qui recouvrait une partie de la face. On voit souvent dans ces circonstances l'eczéma impétigineux de la face disparaître et laisser à sa suite une blépharite glanduleuse dont le passage à l'état chronique est favorisé par la disposition scrophuleuse du sujet.

La conjonctivite soit simple soit combinée à la blépharite ou à la kératite, est la forme la plus fréquente de l'ophthalmie chez les scrophuleux. Elle se caractérise par les symptômes locaux et généraux. Les derniers consistent dans d'autres affections scrophuleuses, ou du moins dans les signes qui caractérisent le tempérament lymphatique exagéré. On a vu par le relevé de 84 cas de l'année 1839 que le plus souvent c'étaient des engorgements glanduleux, des teignes impétigineuses et la tuméfaction de la lèvre supérieure et du nez qui accompagnaient l'ophthalmie.

Des auteurs recommandables sous bien des rapports ont nié l'exis-

tence de symptômes locaux propres à l'ophthalmie scrophuleuse, ils ont combattu la spécificité de cette maladie, et ont prétendu que la conjonctivite et la kératite qui affectent les scrophuleux ne se distinguens nullement de l'inflammation pure et simple de la conjonctive et de la cornée, telle qu'on l'observe chez les individus bien constitués. Les auteurs en combattant l'exagération des subdivisions dans laquelle sont tombés beaucoup d'ophthalmologistes, se sont laissés entraîner trop loin dans leur opposition. En niant la spécificité de l'ophthalmie scrophuleuse, ils se refusent à l'évidence. En effet, il est facile de prouver, non pas la plume à la main, mais en face des malades, comme je le fais chaque année à la clinique des maladies des enfants, que l'ophthalmie scrophuleuse peut être diagnostiquée, à peu près constamment, par l'inspection seule de l'œil malade.

Je suis loin de vouloir conseiller un examen aussi superficiel, je soutiens seulement qu'en voyant un œil ainsi affecté, l'ensemble des signes locaux nous permet d'affirmer que le malade est excessivement lymphatique, où qu'il a déjà eu d'autres symptômes de scrophules, ou qu'il en aura si l'on ne s'oppose pas à la marche de la maladie, et qu'il aura des rechutes de son ophthalmie, si l'on se borne à un traitement local qui souvent même échoue complètement.

Les symptômes locaux de l'ophthalmie scrophuleuse sont l'injection de la conjonctive, du feuillet conjonctival de la cornée, du tissu cellulaire sous-conjonctival et de la sclérotique, les phlyctènes et pustules qui se développent dans la conjonctive ou sur la cornée, la photophobie et le larmoiement.

L'injection de la conjonctive n'affecte pas constamment la même disposition ; tantôt l'injection des vaisseaux s'arrête au bord de la cornée, tantôt on voit ces vaisseaux passer par dessus le bord de cette membrane et s'étendre plus ou moins dans le feuillet conjonctival de la cornée. Les vaisseaux injectés sont d'abord peu nombreux, sont réunis par paquets, ou n'occupent du moins qu'une partie de la conjonctive scléroticale, tandis que le reste est libre. C'est le plus souvent vers l'un des angles de l'œil, quelquefois aussi à la partie inférieure du globe, mais très-rarement à sa partie supérieure que se trouvent ces vaisseaux. Lorsque l'inflammation est intense presque toute la conjonctive scléroticale se trouve quelquefois rougie ; il existe cependant d'ordinaire une partie où les vaisseaux sont plus nombreux, plus gorgés de sang, et réunis en faisceaux. Ces paquets de vaisseaux injectés aboutissent ou au bord de la cornée où ils cessent brusquement, ou à une phlyctène ou pustule qui se trouve située aux limites de la sclé-

rotique et de la cornée, ou sur cette dernière elle-même ; ou bien ces vaisseaux passent par dessus le bord de la cornée et se perdent dans le feuillet conjonctival de cette tunique, qu'ils rendent plus ou moins inégal et trouble. Ce n'est le plus souvent que par un côté que les vaisseaux arrivent dans le feuillet conjonctival ; plus ils sont nombreux et s'étendent sur la cornée, plus ils troublent la vue. Cette altération de la cornée ou plutôt de son feuillet conjonctival constitue le *pannus* que j'appelle *mince* lorsque le feuillet est inégal et parcouru par un petit nombre de vaisseaux, et *épais* lorsque ces vaisseaux forment un réseau serré.

Les phlyctènes et *pustules* se développent fréquemment plus ou moins près du centre de la cornée, d'autres fois au bord de cette membrane. Le pus contenu dans les pustules fuse quelquefois entre les lamelles de la cornée pour gagner la partie la plus déclive et former ce qu'on a appelé onyx. Bien plus fréquemment ces phlyctènes et pustules se dissipent sans s'ouvrir ou s'ouvrent au dehors et se transforment en ulcères de la cornée ; dans des cas plus rares, elles s'ouvrent en dedans, versent leur pus dans la chambre antérieure et forment par conséquent un hypopyon.

Lorsque l'inflammation de la cornée est très-vive, on voit quelquefois du sang être épanché entre ses lamelles.

Les 84 cas d'ophthalmie scrofuleuse observés en 1839, nous ont présenté des exemples de chacune de ces altérations ; 45 fois la cornée était malade ; mais dans 10 de ces cas l'inflammation avait disparu, il ne restait que des taies. Dans les 35 autres cas nous avons observé :

Le pannus mince	4	fois.
Le pannus épais	4	—
Des phlyctènes	6	—
Des pustules	11	—
Des ulcères	9	—
Un épanchemmcnt sanguin interlamellaire	1	—

Une pustule a donné lieu à un hypopyon ; un ulcère s'est compliqué de hernie de la cornée ; le pannus s'est accompagné une fois d'une phlyctène et une autre fois de trois points jaunes, qui étaient autant de petits abcès ; une fois enfin un ulcère et une phlyctène ont coexisté. La cornée est quelquefois enflammée chez les scrophuleux, sans que la conjonctive le soit ; du moins il n'existe alors que quelques petits vaisseaux injectés dans cette dernière membrane. La cornée dans ce cas est terne comme un verre mat, et de la matière albu-

mineuse se dépose entre ses lames. Je n'ai pas observé cette kératite scrophuleuse en 1839.

Dans les cas où l'inflammation de la conjonctive est intense et surtout dans ceux où la cornée est affectée d'une phlyctène ou pustule, le *tissu cellulaire sous-conjonctival* et la *sclérotique* s'injectent quelquefois aussi; mais cette extension de l'inflammation à la sclérotique est beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a prétendu dans ces dernières années.

La *photophobie* a été considérée comme un symptôme presque constant de l'ophthalmie scrophuleuse par tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Il n'y a que M. Sichel (1) qui ait prétendu que ce symptôme n'existait jamais dans l'ophthalmie scrophuleuse pure. J'ai cherché à démontrer ailleurs déjà (2) que M. Sichel s'était trompé; je n'y reviendrai pas; je me bornerai à faire voir dans quel rapport la photophobie se trouvait avec l'ophthalmie dans les 84 cas de 1839.

Dans 19 de ces cas il n'en est pas question; elle existait probablement car j'ai toujours considéré ce symptôme comme le plus constant, et si je ne l'ai pas noté, c'est que souvent les observations étant rédigées à la hâte, je me bornais à mettre : ophthalmie ou conjonctivite ou kératite scrophuleuse.

Dans les 65 cas où il est question de la photophobie elle a manqué quatre fois et elle existait seize fois. Les 4 cas où elle n'a pas existé étaient des blépharites glanduleuses chroniques. J'avais déjà antérieurement observé que dans cette forme de l'ophthalmie scrophuleuse la photophobie existe rarement, qu'elle est peu intense dans la kératite scrophuleuse pure dont je n'ai pas observé de cas en 1839, mais qu'elle est pour ainsi dire constante dans la conjonctivite scrophuleuse, et d'ordinaire intense dans celle qui s'accompagne de développement de phlyctènes ou de pustules sur la cornée.

Il n'est cependant pas juste de dire comme l'a fait M. Jeanselme (3) d'après M. Velpeau, que la photophobie dépende de la kératite; car dans 24 de nos 61 cas il n'existait qu'une conjonctivite. La même objection peut être faite à M. Sichel (4) qui attribue ce symptôme à l'inflammation de la sclérotique et à la compression de la rétine qui en résulte; mais nous voyons tous les jours des photophobies très-

(1) *Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose.* Paris 1837.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1838, n° 1.

(3) Ouvrage cité.

(4) Ouvrage cité.

intenses sans aucune trace d'injection dans la sclérotique. Enfin faut il donc admettre l'opinion de M. Mirault (1) qui explique la photophobie par l'inflammation de la rétine? Pas davantage à mon avis; les arguments qu'on peut opposer à cette dernière manière de voir sont nombreux : l'intensité de la photophobie n'est pas en raison de l'intensité des signes inflammatoires extérieurs; la photophobie scrophuleuse ne suit pas la marche d'une phlogose; elle se déclare subitement, quelquefois avec beaucoup d'intensité, dure des semaines, des mois entiers; disparaît souvent d'un jour à l'autre ou diminue considérablement, et ne laisse après elle ni affaiblissement de la vue, ni amaurose. Conçoit-on une inflammation d'une membrane aussi délicate que la rétine, qui ne s'étendrait jamais aux parties contiguës (l'iris, la choroïde, la capsule cristalline), et qui, dans des centaines de cas, même en durant des mois entiers, ne produirait jamais une altération de tissu capable de troubler les fonctions de l'organe? On m'objectera peut-être qu'il y a des amauroses scrophuleuses. Il est vrai que dans des cas rares on voit l'amaurose se développer chez des scrophuleux; mais alors ce n'est pas pendant l'existence de symptômes inflammatoires et de la photophobie que le mal se déclare; dans le petit nombre de cas que j'ai vus l'affaiblissement de la vision s'est manifesté sans autre signe, et a augmenté progressivement. Je n'ai jamais vu, dans bien des centaines de cas, l'ophthalmie scrophuleuse, même la plus tenace, se terminer par l'amaurose.

S'il est facile de démontrer que la photophobie scrophuleuse ne dépend immédiatement ni de la kératite, ni de la sclérotite, ni de la rétinite, il n'est pas aussi facile de dire en quoi consiste sa nature intime. Ce symptôme me paraît être plutôt le résultat d'une irritation nerveuse de la rétine que d'une phlogose. Son apparition et sa diminution si brusques quelquefois, l'absence de toute lésion organique de la rétine lors même que la photophobie a duré longtemps, parlent en faveur de cette hypothèse; ajoutons qu'une contraction spasmodique des paupières accompagne souvent la photophobie, que celle-ci est ordinairement plus forte chez les enfants blonds, à iris bleus, et qui ont le système nerveux plus irritable, qu'elle s'améliore presque constamment pendant l'usage de moyens irritants locaux, tandis que les inflammations des parties internes de l'œil s'aggravent à peu près toujours par cette médication; enfin que la photophobie scrophuleuse n'est pas en rapport avec l'intensité des

(1) *Archives générales de médecine*. 1829, T. 20, p. 477.

signes inflammatoires externes ; car des conjonctivites très-légères sont souvent accompagnées de photophobie très-intense et il arrive quelquefois que la faible injection de la conjonctive disparaît et que la photophobie persiste pendant quelque temps encore, comme cela a eu lieu dans l'un des cas de 1839.

Tous ces faits peuvent être facilement vérifiés sur les malades, ils ont tous été confirmés par l'analyse des 84 observations de 1839. Mais ces observations ne parlent point d'un autre phénomène bien connu des ophthalmologistes : de l'exacerbation de la photophobie le matin et de sa rémission le soir, contrairement à ce qui a lieu dans les maladies inflammatoires. On a objecté que cette rémission correspondait à la diminution de la clarté et par conséquent s'expliquait tout naturellement, ce qui est très-vrai pour un grand nombre de cas. Mais dans un bon nombre d'autres la rémission commence déjà au milieu de la journée lorsque la clarté n'a pas encore diminué ; c'est ce que j'ai remarqué assez souvent, malheureusement les observations de 1839 ne mentionnent point cette circonstance.

Je me suis arrêté si longtemps à la discussion des différentes théories relatives à la photophobie scrophuleuse, à cause de leur influence sur le traitement ; car si ce symptôme dénote l'inflammation de la rétine ou même de la sclérotique, il faudra insister d'autant plus sur la médication antiphlogistique et la soustraction de toute lumière, que la photophobie sera plus intense. Je tâcherai de faire voir, en parlant du traitement, à quels résultats déplorables nous conduisent de telles théories.

Le larmoiement existe aussi souvent que la photophobie ; il résulte fréquemment de cette dernière : les larmes ne s'écoulent alors en abondance que pendant les efforts que fait le malade pour vaincre sa photophobie et regarder, ou au moment où le médecin entr'ouvre les paupières pour examiner l'œil. En général le larmoiement est plus fort par intervalles : le malade sent des picotements dans l'œil et alors les larmes s'écoulent abondamment. Dans les cas de blépharite glanduleuse le larmoiement a lieu quelquefois sans qu'il existe de la photophobie ; il dépend dans ces cas de la difficulté que trouvent les larmes à pénétrer dans les points lacrymaux, soit à cause de la tuméfaction de la muqueuse, qui tapisse ces petites ouvertures, soit par suite de la déformation des bords palpébraux, qui empêche les points lacrymaux d'être en contact avec les larmes.

Diagnostic.

Les différents symptômes locaux dont je viens de parler suffisent par leur combinaison, pour faire diagnostiquer l'ophthalmie scrophuleuse. Ce n'est guère qu'avec les ophthalmies catarrhale et rhumatismale qu'on pourrait la confondre. Mais dans la *conjonctivite catarrhale* les vaisseaux injectés sont flèxueux, disséminés sur toute la surface slèroticale, où ils forment un réseau qui s'arrête au bord de la cornée sans le dépasser. Lorsque dans cette maladie des phlyctènes se développent elles ne se trouvent jamais sur la cornée tout au plus à son bord. La photophobie est nulle ou peu intense. La cause qui a produit l'ophthalmie a en même temps occasionné un coryza dans beaucoup de cas; d'autres fois la maladie affecte en même temps un grand nombre d'individus, devient épidémique; toutes circonstances qu'on ne retrouve point dans l'ophthalmie scrophuleuse.

Dans le *rhumatisme de l'œil*, c'est la sclérotique qui est d'ordinaire primitivement affectée, et de là l'inflammation s'étend volontiers à la membrane de l'humeur aqueuse et à l'iris. Chez les scrophuleux la sclérotique s'affecte moins souvent et presque toujours secondairement par l'extension de l'inflammation conjonctivale. Cette dernière n'existe point ou est fort peu intense dans l'ophthalmie rhumatismale; on n'y voit pas non plus la disposition des vaisseaux en faisceaux qui se dirigent vers une pustule située sur la cornée. Les vaisseaux injectés dans l'ophthalmie rhumatismale sont très-fins, dépassent à peine le bord de la cornée et forment autour de cette membrane un zone rouge. L'ophthalmie rhumatismale s'accompagne de douleurs quelquefois très-vives dans la région susorbitaire, qui ne s'observent jamais dans l'ophthalmie scrophuleuse. Enfin l'ophthalmie rhumatismale comme toute autre rhumatisme est très-rare chez les enfants, tandis que les affections scrophuleuses ne s'observent guère chez les adultes.

Pronostic.

Tous les accidents scrophuleux ont une marche chronique. La durée de l'ophthalmie varie entre quelques jours et des années. Les cas où elle disparaît au bout de quelques jours sont infiniment plus rares que ceux où elle dure plusieurs semaines ou plusieurs mois. Abandonnée à elle-même l'ophthalmie scrophuleuse a peu de tendance à se

dissiper, excepté lorsque vers l'âge de la puberté la constitution du malade s'améliore et que tous les accidents scrophuleux disparaissent.

Dans 81 cas, j'ai noté la durée de l'ophthalmie avant que la malade ne fût venu me consulter; j'ai trouvé une durée :

De 1 an et au-delà :	13	fois ;
De 6 mois à 1 an	11	—
De 3 à 6 mois	17	—
De 1 à 3 mois	17	—
De 15 jours à 1 mois	12	—
De 8 à 15 jours	9	—
De moins de 8 jours	2	—

L'ophthalmie scrophuleuse est en général d'autant plus opiniâtre que la cachexie scrophuleuse est plus prononcée chez le malade. Elle fait de fréquentes rechutes aussi longtemps que l'état de la constitution n'est pas amélioré.

Elle est plus ou moins grave suivant les parties de l'œil qu'elle affecte. La blépharite glanduleuse est très-opiniâtre, mais elle ne trouble la vue que dans les cas où elle donne lieu à des déformations des bords palpébraux ou à la déviation des cils, d'où résulte une irritation continuelle de la conjonctive et de la cornée, et par suite le trouble ou l'ulcération de cette dernière.

La conjonctivite scrophuleuse peut persister pendant des mois et des années sans endommager la vue ; mais le plus souvent la maladie se communique à la cornée, d'où naissent des dangers plus ou moins considérables pour la vision, selon que cette tunique est recouverte d'un pannus, ou le siége d'une taie, d'une cicatrice ; ou que des ulcères perforent la cornée, donnent lieu à la procidence de l'iris, à la synéchie antérieure, et par là au rétrécissement et même à l'occlusion de la pupille. Ces terminaisons si fâcheuses ne se font cependant dans la majeure partie des cas que par la négligence des malades. Lorsque le médecin est consulté à temps il parvient presque constamment à les empêcher et à rétablir des yeux qui se trouvaient déjà fortement menacés.

Plusieurs auteurs qui ont écrit sur l'ophthalmie scrophuleuse (1), décrivent les dégénérescences staphylomateuses et l'inflammation des parties internes de l'œil, comme des suites fréquentes de cette ophthal-

(1) Ruete. Die Scrophelkrankheit, insbesondere die scrophuloese Augenentzuendung. Göttingen 1838.
Rohm. Ueber die Skrofeln am Auge. Wien 1838. — etc., etc.

ROYA…
d…
BELG…

TABLEAU
N° 1.

…ant l'exercice 1840.

DÉSI…	…obre.	Novemb.	Décemb.	TOTAL.	Restants au 1er janv. 1841.
1er régiment…	2	»	4	83	3
2e	3	1	2	69	1
3e	1	2	1	15	4
4e	3	4	1	103	3
5e	»	2	»	84	1
6e	5	3	2	60	3
7e	7	4	1	52	2
8e	1	»	1	35	1
9e	3	2	1	39	4
10e	2	3	1	51	1
11e	1	1	1	27	2
12e	1	4	1	40	6
Régiment d'é…	2	1	1	30	2
1er chasseurs…	2	»	1	18	3
2e *id.*	»	»	4	45	4
3e *id.*	3	3	3	78	4
1er lanciers.	»	1	»	3	»
2e *id.*	»	1	2	9	1
1er chasseurs …	2	2	»	8	3
2e *id.*	2	3	2	34	3
Guides.	1	»	»	16	»
1er cuirassiers	»	»	»	2	»
2e *id.*	6	1	»	36	»
Artillerie (tro…	3	12	6	106	8
Train d'artille…	»	»	»	5	»
Sapeurs mine…	3	2	3	60	1
Compagnie de…	1	»	»	10	1
Régiments de …	»	»	»	7	»
	54	52	38	1075	61

TABLEAU

N° 2.

rant les trois premiers mois des

	Restant en traitement au 1er avril 1841.
1er r	4
2e	2
3e	3
4e	2
5e	»
6e	4
7e	5
8e	»
9e	6
10e	3
11e	»
12e	4
Régin	2
1er cl	4
2e	2
3e	2
1er la	»
2e	2
1er ch	3
2e	2
Guid	»
1er cu	»
2e	»
Artill	9
Train	»
Sapeu	1
Comp	1
Régin	»
	61

mie. Je ne dis point que la chose ne puisse arriver ; j'ai moi-même été consulté assez souvent par des personnes qui portaient des staphylômes survenus pendant le cours d'ophthalmie scrophuleuses. Mais ces suites malheureuses me paraissent être l'effet, du moins en très-grande partie, de la négligence des malades ou d'un traitement défectueux. Ce qui m'autorise à émettre cette opinion, c'est qu'il ne m'est jamais arrivé de voir l'inflammation de la conjonctive ou de la cornée s'étendre aux parties profondes (excepté à l'iris 2 ou 3 fois), ou un staphylôme se dévélopper chez un individu que je traitais d'ophthalmie scrophuleuse. Et cependant j'en ai soigné peut-être un millier. Je crois donc que le pronostic de cette affection sans être tout-à-fait favorable, n'est pas aussi facheux qu'on l'a dit, et que rarement la vue sera perdue, si les malades consultent assez tôt le médecin, et si celui-ci met en usage un traitement convenable.

(La suite au prochain n°.)

CORRESPONDANCE.

OBSERVATIONS OPHTHALMOLOGIQUES

Par M. le professeur MAUNOIR, de Genève.

Voici deux observations qui peut-être intéresseront les lecteurs de votre excellent journal :

Monsieur L.... se promenant dans les rues d'Interlaken, village de l'Oberland bernois, rencontra un pauvre aveugle conduit par son enfant ; il lui demanda s'il n'avait jamais consulté quelque oculiste, sur sa cécité ? J'ai été, lui répondit-il, dans plusieurs hôpitaux, et partout on m'a déclaré que ma maladie était incurable. — Voulez-vous que je vous mène à Genève, nous y consulterons encore un homme de l'art ? Ce pauvre homme accepta avec empressement cette offre généreuse. Quand je vis les yeux de ce pauvre Moser (c'est son nom), j'y trouvai toutes les traces d'une ancienne iritis, c'est-à-dire la pupille réduite à l'étendue qu'aurait occupé une tête d'épingle, et obstruée dans ce petit espace par la *capsule opaque* du cristallin, ad-

hérente de partout à l'iris, et en faisant pour ainsi dire, la continuation. Je pouvais soupçonner que derrière ce voile continu le cristallin était opaque, mais rien ne pouvait m'en donner la certitude. Ce cas de cécité me laissa quelque espérance, parce que le malade distinguait très-bien les ténèbres de la lumière. Voici le procédé que je mis en usage pour essayer de lui rendre la vue.

J'opérai l'œil droit, en faisant à la partie inférieure de la cornée, une incision semi-circulaire d'à peu près les 5/12es de sa circonférence, absolument comme je l'aurais faite pour une opération de cataracte ordinaire. Puis soulevant le lambeau découpé avec mes ciseaux boutonnés à pupille, et les ouvrant sous ce lambeau, j'en fis pénétrer la lame pointue dans la partie inférieure de l'iris, à une demi ligne environ de son union au ligament ciliaire, tandis que la lame boutonnée restait entre l'iris et la cornée; je les fis cheminer l'une et l'autre dans la direction du diamètre perpendiculaire de l'iris, jusqu'à environ une demi ligne de son union au ligament ciliaire dans sa partie supérieure, puis fermant mes ciseaux, l'iris et la petite portion de membrane capsulaire opaque furent coupés d'un seul coup, et à l'instant j'obtins une pupille de chat, c'est-à-dire ovalaire et allant de haut en bas. Derrière cette pupille, je trouvai un cristallin légèrement opaque, pas assez cependant, pour que si la pupille n'eût pas été oblitérée, le malade n'eût encore conservé la vue; néanmoins je ne balançai pas à en faire l'extraction, parce que soit à cause de la blessure que lui avait nécessairement fait la pointe de mes ciseaux en passant derrière l'iris, soit à cause de la demi-opacité qui existait déjà, il n'aurait pas manqué de devenir bientôt tout à fait opaque. A l'instant même de son extraction j'ai eu le plaisir de voir une belle pupille du plus beau noir, en même temps Moser a reconnu tous les objets qui lui ont été présentés; il nous a assuré qu'il n'avait pas souffert de cette opération, qui dans le fait n'avait pas duré le temps que j'ai mis à écrire trois lignes de cette narration. Les huit jours qui ont suivi se sont écoulés sans le plus léger signe d'inflammation ni de douleur; jugeant alors Moser guéri, je lui ai ôté son bandeau, et je lui ai permis d'ouvrir ses yeux : mais quel n'a pas été mon désappointement! La belle pupille noire avait disparu, ou plutôt elle était entièrement masquée et remplie par un épanchement de lymphe coagulée d'un blanc de lait; la vue était abolie..... Très-affligé de ce contre-temps inattendu, je ne me suis pas regardé comme vaincu; j'ai laissé reposer Moser quelques jours, et espérant que l'œil droit serait moins malheureux que le gauche, je l'ai opéré

quelques jours après. Je ne décrirai pas cette seconde opération, qui fut exactement semblable à la première, et qui ensuite nous a donné un résultat bien différent, c'est-à-dire qu'après avoir passé huit jours parfaitement tranquilles et les yeux couverts d'un appareil très-simple, à la levée de cet appareil au neuvième jour, j'ai trouvé l'œil opéré parfaitement guéri, une pupille d'un beau noir, et la vue rétablie. Pourquoi ces deux yeux qui étaient absolument dans les mêmes conditions, qui l'un et l'autre ont été opérés par le même procédé, sur lesquels la guérison a eu lieu de la même manière, pourquoi, dis-je, y a-t-il eu dans le premier cet épanchement, qui simulait *une cataracte remontée*, et dans le second rien de pareil? Cette différente terminaison dans deux yeux en apparence identiquement semblables, m'étonne. Je ne tenterai pas de l'expliquer, parce que je ne la comprends pas. Cependant soupçonnant que la cause inconnue de cet épanchement n'existait plus, j'ai conçu quelque espérance d'une seconde opération à l'œil gauche; quinze jours après la dernière, j'ai en effet hasardé cette tentative. J'ai pratiqué une nouvelle incision à la cornée de l'œil opéré le premier, de moitié plus petite que la première, parce que je n'avais pas l'intention de faire aucune extraction, et comme indépendamment du coagulum lymphatique la nouvelle pupille s'était beaucoup rétrécie, j'ai, avec mes ciseaux, fait à l'iris une nouvelle incision en sautoir avec la première, incision qui du même coup divisait le coagulum en deux parties; à l'instant même une contraction des fibres musculaires de l'iris a déterminé une dilatation assez forte, pour qu'on ait vu sur-le-champ les fragments opaques s'éloigner l'un de l'autre, et entre eux se former une pupille d'une bonne grandeur et d'un noir très-pur. Le traitement de cette seconde opération a été le même, le rétablissement a été aussi prompt, la vue a été rétablie, se conserve et se fortifie depuis environ six mois qu'ont eu lieu ces opérations.

Voici l'histoire, aussi abrégée que je pourrai, d'une autre opération de cataracte qui a de grands rapports avec les précédentes, et que j'ai faite à peu près dans le même temps :

Madame H., de Carlsrhue, vient me consulter à Genève; son œil droit est parfaitement beau et bon, le gauche est atteint d'une cataracte d'un blanc de lait. J'observe à madame H qu'elle voit très bien de l'œil droit, que c'est un luxe que d'avoir deux yeux, etc....... « Monsieur, j'aime assez le luxe, je désire avoir deux bons yeux, et je vous prie, si la chose est possible de rendre la vue à celui qui en est privé.... » Je fus décidé par un argument aussi puissant. Comme

madame H. est jeune encore, et que l'apparence du cristallin me le faisait supposer mou, je l'opérai par brisement, c'est-à-dire qu'avec l'aiguille-couteau de Saunders (après avoir obtenu la plus large dilatation possible de la pupille au moyen de la belladone) je pénétrai par la *cornée transparente* sur le cristallin que je coupai et brisai dans tous les sens, de manière à en amener quelques fragments dans la chambre antérieure; après cette espèce de désordre apparent il resta au milieu des débris du cristallin une très-petite portion de pupille assez nette pour que madame H. eût la certitude que la vue lui était rendue; mais il fallait que le cristallin brisé fût entièrement absorbé pour que la pupille recouvrât sa grandeur et son apparence normales. Au troisième jour j'examinai l'œil, et comme je m'y attendais, je trouvai les fragments de la lentille opaque gonflés, comme spongieux, et masquant entièrement cette petite pupille qui avait paru au premier moment. Tout chemina de la sorte pendant une douzaine de jours, l'absorption du cristallin se faisait pour ainsi dire à vue d'œil, la pupille s'éclaircissait d'un jour à l'autre, et j'espérais que je n'aurais pas besoin de faire un second brisement (ce qui est souvent indispensable dans ce procédé). Alors arriva le jour d'une grande fête à Genève, la revue de nos troupes, ou milices nationales; madame H. ayant l'œil dans l'état le plus satisfaisant, n'éprouvant pas la plus légère douleur, même en exposant son œil au grand jour, eut envie de voir cette belle fête, et sans m'en demander la permission, fut avec sa belle sœur, tout le jour à Pleinpalais (c'est la plaine où se faisait la revue) exposée à un soleil ardent, à la poussière, au milieu de la foule, placée de manière à entendre à quelques pas, les continuelles décharges de canon, de mousqueterie, etc. Le fait est qu'elle rentra le soir chez elle, avec un œil fatigué, rouge et douloureux, et que malgré tous les antiphlogistiques, les sangsues, les révulsifs, etc., il n'y eut pas moyen d'échapper à une formidable inflammation, à une violente iritis, qui m'a fait craindre pendant plusieurs jours la destruction absolue de cet œil, et ce n'est qu'au bout de plus de six semaines que j'en ai enfin obtenu la guérison, bien chèrement achetée, puisque j'ai été obligé de déterminer une forte et douloureuse salivation au moyen du calomel et de l'opium (de trois à quatre grains de calomel et d'un tiers de grain d'opium tous les soirs). Quand enfin cet œil a été remis de cette terrible épreuve, j'ai pu l'examiner à mon aise, alors j'ai trouvé la pupille réduite à la moitié au plus de son étendue normale et entièrement oblitérée par la capsule, ou des fragments de la capsule opaque

et jaunâtre, qui adhérait visiblement au bord circulaire de la pupille. Cependant la faculté de distinguer la lumière des ténèbres était conservée. Il n'était désormais plus question de brisement du cristallin, je devais le supposer entièrement absorbé, c'est pourquoi j'opérai cet œil en faisant une incision à la cornée (trois douzièmes environ de sa circonférence) et en incisant avec mes ciseaux l'iris de haut en bas, ou pour mieux dire en pratiquant une incision tout à fait semblable à celle que j'ai décrite dans l'histoire de Moser; le résultat a été exactement le même; madame H. a une belle pupille elliptique, elle peut lire avec un verre convexe le caractère d'impression ordinaire.

J'ai fait connaître ces deux faits, qui me paraissent nouveaux dans la science de l'ophthalmologie, au congrès scientifique qui a eu lieu au mois de septembre passé à Turin; je crois qu'ils seront insérés dans le rapport, qui doit être imprimé ou qui l'est déjà, de la séance de la classe de médecine de ce congrès. Mais si le procédé que j'ai suivi dans ces opérations est nouveau et utile à la science, il n'y a aucun inconvénient qu'il soit publié dans deux endroits à la fois.

Genève, ce 8 février 1841. MAUNOIR, prof.

DE L'INFLUENCE DE LA GRIPPE DE 1837 SUR L'OPHTHALMIE EN FRANCE ET EN ITALIE;

Par M. PÉTREQUIN,

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans mon *Histoire générale de la grippe de* 1837, *en France et en Italie*, (Voy. *Gazette médic. de Paris*, déc. 1837; Encyclographie janv. 1838), j'ai étudié, d'une manière particulière, l'influence fâcheuse de cette épidémie sur les affections catarrhales des muqueuses, et en particulier sur l'ophthalmie. Mon but était de montrer les rapports de pathogénie qui existaient entre ces divers états morbides, et d'éclairer, par des considérations de pathologie générale et comparée, l'histoire de l'ophthalmie catarrhale de cette époque.

Or, je lis, dans les *Annales d'oculistique*, (fév. 1841, tom. IV.) le passage suivant que je cite textuellement; il est extrait d'un mé-

moire de M. le docteur Decondé : « La grippe a-t-elle une influence pernicieuse sur notre ophthalmie vésiculeuse? S'il faut en croire M. Pétrequin, MM. Gouzée et Hairion, la chose ne serait nullement douteuse. J'ai déjà mentionné dans mon troisième mémoire (*Annal. de soc. d'Anvers*, 1840) les faits avancés par eux. J'y ai vu que ces médecins ont été jusqu'à croire que notre ophthalmie pouvait en naître de toutes pièces. J'ai essayé de combattre la dernière supposition ; quant à la première, je suis loin de la contester. »

Ma surprise a été grande, je l'avoue, à cette lecture, d'autant plus que je n'ai jamais rien écrit sur l'ophthalmie belge, et que d'ailleurs je n'aurais pu prétendre que la grippe de 1837 a donné naissance à une maladie que les auteurs de la localité font remonter à une date bien antérieure. Voici ce que j'ai formulé sur les troubles des fonctions des sens : « La sensibilité tactile était exaltée et devenait facilement douloureuse. La vision était également lésée : il y avait des éblouissements, des amblyopies, même des amauroses passagères, et de vives douleurs dans les orbites, comme je l'ai moi-même ressenti. L'ouïe n'était pas épargnée, etc. »

Après avoir parlé du coryza et des épistaxis, j'ajoute : « Ce qui se passait sur la membrane de Schneider, se reproduisait sur l'œil : la muqueuse était injectée, un peu épaissie surtout dans les paupières où elle est d'un tissu moins ferme, et se trouvait dans un état de boursoufflement remarquable, analogue à celui des fièvres éruptives ; il y avait une sensation incommode de picotement, accompagnée d'un épiphora qui n'était point constant ; cette variété d'ophthalmie elle-même, observée à Paris, Lyon, Bordeaux, Florence, Pavie, Padoue, a été rare à Marseille, Rome, Vienne, Bologne, etc. ; légère en général, elle a parfois été opiniâtre et a survécu à la grippe ; je l'ai vue donner lieu à des tumeurs et à des fistules lacrymbles (1), à des granulations, etc. Le *molimen hæmorrhagicum* que j'ai signalé pour la muqueuse nasale, s'est retrouvé ici ; on a constaté des hémorrhagies par la conjonctive et les points lacrymaux (p. voisine). »

Voilà la citation entière des passages de mon mémoire qui ont trait au point en litige ; certes il sera clair pour tout le monde que je n'ai entendu parler que de l'ophthalmie qui a régné à cette époque

(1) J'en ai cité un cas remarquable dans les *Annales d'Oculistique*; voyez mes *Recherches sur les paralysies et de ses annexes*. (*Annal. d'Oculist.*, 1838, nos 1 et 2.

en France et en Italie ; et qui présentait une forme catarrhale comme la plupart des affections concomitantes des muqueuses. Nulle part il n'a été question dans mon travail *de l'influence pernicieuse de la grippe sur l'ophthalmie vésiculeuse belge*. Il n'est donc pas possible de dire que « *à en croire M. Pétrequin, la chose ne serait nullement douteuse.* » Je n'ai avancé aucun fait ; il y a plus : ce point ne faisait même pas partie du problême que je m'étais posé ; l'ophthalmologie elle-même n'était qu'une division accessoire, et ne formait pas l'objet capital de mes recherches. Dans mon *voyage médical en Italie* en 1837, j'avais pour but d'étudier l'état actuel et les progrès de notre art dans la péninsule ; j'en ai sommairement retracé un tableau d'ensemble dans la *Gazette médicale* de Paris (1837 et 1838) ; il a paru avec des détails plus complets de *l'Encyclographie* de Bruxelles (octobre et décembre 1837, et février 1838.). Il ne m'appartient pas d'apprécier ici le succès qu'il a pu avoir dans le public médical. Je me bornerai à dire que la partie *oculistique* notamment a été reproduite en plusieurs langues ; et qu'elle a servi à M. Florent Cunier pour dresser un *Coup d'œil sur l'état actuel de l'ophthalmologie en Italie*. (Voy. *Annal. d'Oculistiq.* 1840, tom. 2. p. 141). Or il ne s'y trouve rien qui ait trait au sujet dont je m'occupe dans cette note. On a vu qu'il en était de même pour mon mémoire sur la grippe ; mes recherches à cet égard avaient pour but de tracer une *Histoire générale et comparée* de cette épidémie *en France et en Italie*. La Belgique, qu'il ne m'a pas encore été donné de parcourir et de connaître dans mes voyages, n'y est pas mise en question, non plus que son ophthalmie. Je n'ai pas cité de faits relatifs à l'influence précitée. On ne saurait donc dire de mes remarques, avec M. le docteur Decondé : « *J'y ai vu que ces médecins* (M. Pétrequin et MM. Gouzée et Hairion) *ont été jusqu'à croire que notre ophthalmie pouvait en naître de toutes pièces.* » Je proteste que ce n'a jamais été ma croyance ; et l'auteur serait bien embarrassé s'il le lui fallait démontrer.

Comment donc expliquer cette imputation ? La chose est aisée ; je présume que M. Decondé aura cité de mémoire, et les souvenirs sont bien infidèles en pareille matière : voilà sans doute pourquoi il m'a supposé des doctrines que je n'ai jamais eues, ni émises nulle part. Une preuve péremptoire que je rencontre juste c'est que, dans son troisième mémoire où il cite mes propres paroles, il n'y a rien de ce genre ; ce travail est inséré dans les *Annales de la société de médecine d'Anvers*, pour 1840 ; voici ce que j'y trouve : « L'ophthalmie catarrhale a été une complication fréquente de grippe de 1837,

a dit M. Pétrequin. » (*Annal. cit.* p. 340.) On voit que la version est bien différente ; l'opinion que M. Decondé m'attribue ici, est celle que j'ai formulée ; je la crois vraie ; elle est l'expression d'un fait positif ; l'influence de la grippe sur l'ophthalmie catarrhale est un effet incontestable, que j'ai remarqué en France et en Italie et qui est fondé sur l'observation ; M. Decondé l'avoue lui-même lorsqu'il dit : « Quant à la première supposition, je suis loin de la contester. »

Voilà les faits rétablis dans leur véritable jour ; voilà la vérité toute entière. Je tenais et je devais tenir à justifier mon *Histoire générale de la grippe de* 1837, *en France et en Italie*, d'autant mieux que ce travail m'a coûté de longues et laborieuses recherches, et qu'il a eu l'honneur d'obtenir l'approbation de juges compétents, nommément M. Dechambre (*Gaz. méd.* 1838. n° 1) ainsi que M. Jules Guérin dans son *Coup-d'œil sur les travaux de l'année* 1837, (*Gaz. médic.* 1837, n° 52. p. 819).

Les citations de mémoire ne rendent pas toujours fidèlement les pensées des auteurs ; elles conduisent même quelquefois à des opinions erronées ; c'est le motif qui pourra peut-être expliquer comment, par exemple, M. Toulmouche de Rennes m'a récemment fait dire, dans ses expériences sur la strychnine (*Gaz. médic.* janv. 1841), tout le contraire de ce que j'ai avancé sur l'action des préparations de la noix vomique (Voyez mes Recherches sur les paralysies ; *Gaz. médic.* 27 oct. et 3 nov. 1838 ; Bulletin thérapeutiq. mars 1840.). Ici je ne pouvais garder le silence ; je devais rétablir cet exposé des faits auprès de M. le docteur Decondé pour qui je professe une estime particulière.

Cette note me fournit l'occasion d'ajouter quelques mots d'appendice sur *l'ophthalmie granuleuse* qu'on trouve en France, et sur laquelle divers médecins étrangers m'ont à plusieurs reprises demandé quelques renseignements. Voici sommairement ce que l'expérience m'a appris à cet égard :

En France, où ne règne pas épidémiquement l'*ophthalmie granuleuse*, j'ai eu occasion d'en observer bon nombre de cas à l'état sporadique, et sous des formes très-variées ; et, si les auteurs nationaux n'en parlent pas, c'est sans doute qu'une attention insuffisante a été apportée à l'examen de cette lésion plus commune qu'on ne le pense ; l'origine m'a paru en résider d'ordinaire dans la blépharite chronique, dans l'ophthalmie catarrhale, purulente ou blennorrhagique, etc ; très-fixe dans le principe la granulation donne alors à la conjonctive

l'aspect d'un velouté inégal et pointillé ; la douleur est vive, la phlogose permanente, avec photophobie, larmoiement, etc. La cornée finit souvent par se dépolir, et perdre sa transparence sous l'influence des frottements rugueux des paupières ; j'ai vu plus d'une fois la nature du mal complètement méconnue par des praticiens habiles d'ailleurs, mais peu expérimentés sur la matière. A son summum de développement, la granulation hérisse la conjonctive d'une multitude de petits corps obronds, saillants, comme mamelonnés, d'une couleur variable depuis le gris terne jusqu'au rouge pâle, du volume parfois d'un grain de millet, etc. La consistance de ces corpuscules n'est pas en général considérable, et j'ai vu quelquefois la cornée rester encore intacte après plusieurs années ; mais cela est rare. La sensibilité de l'œil, beaucoup diminuée, eu égard à la variété précédente, se développe un peu sous l'influence du froid humide et des vicissitudes catarrhales. Entre ces deux degrés extrêmes, il y a une foule de nuances qu'il serait superflu de décrire. La question du traitement m'entraînerait trop loin, et je dois l'ajourner. D'ailleurs en voilà assez pour que les ophthalmologues belges puissent juger des similitudes et des dissemblances de l'ophthalmie granuleuse observée en France dans des conditions particulières de nature et d'étiologie.

Lyon, 12 mars 1841. PÉTREQUIN.

EXTINCTION DE L'OPHTHALMIE DANS L'ARMÉE BELGE.

Les réflexions naissent en foule à la vue des deux tableaux que nous joignons à notre numéro de ce mois.

La première et la plus importante, c'est qu'il est désormais permis d'affirmer que l'ophthalmie, dite militaire, a cessé de régner dans l'armée belge.

La puissance des moyens mis en usage, pour en amener l'extirpation ne saurait donc être révoquée en doute.

Le tableau n° 1 démontre en effet, qu'elle a été en décroissant, durant toute l'année 1840 ; le chiffre plus élevé des mois d'août et de septembre dépend de ce que, pendant ces deux mois, les soldats d'un bon nombre de régiments ont été rappelés sous les armes, pour les manœuvres du camp de Beverloo.

On pourra constater également que les chaleurs de la saison d'été ont été sans influence sur l'extension du mal.

Il ne faut pas perdre de vue aussi que le chiffre 1075 comprend toutes les ophthalmies quelconques *militaires* ou *non* qui se sont présentées durant l'année, et il conste des tableaux mensuels que les *militaires* ont été très-rares ; celles au degré de purulence surtout, et qui de ce chef, ont reçu le nom de purulentes, se sont à peine montrées ; c'est tout au plus, s'il y en a eu vingt.

Nous ajouterons enfin que parmi ces 1075 ophthalmistes figurent au moins une centaine de granulés, qui ont été dirigés sur les établissements sanitaires, dans les premiers mois de l'année, avant que les salles de granulés ne fussent ouvertes dans tous les corps, tandis que, d'un autre côté, ce chiffre lui-même est loin de représenter exactement le nombre d'hommes qui ont été affectés ; il ne représente réellement que le nombre d'atteintes, plusieurs ayant récidivé deux ou trois fois dans le cours de l'année.

Le tableau n° 2 fournit une preuve plus éclatante encore de l'efficacité des mesures employées.

Il y a eu, en effet, pendant les trois premiers mois de 1841, 226 cas d'ophthalmies en moins, que pendant les trois mois correspondants de l'année précédente. — Comme conséquence de ce fait, le chiffre des restants sous traitement au 1er avril 1841 est moindre de 91, qu'au 1er avril 1840, et nous nous empressons d'ajouter que parmi les 61 ophthalmies restantes, il n'y en a en tout que 11 militaires ; les autres appartiennent aux ophthalmies dites catarrhales, rhumatismales, traumatiques, scrophuleuses, gonorrhoïques, etc.

Nous concevons néanmoins que c'est avec raison qu'on nous objecterait que l'on ne peut pas absolument juger de *l'état* de l'ophthalmie de notre armée, par le nombre des cas d'affections oculaires qui ont été traitées dans les établissements sanitaires ; qu'il faudrait connaître encore le chiffre des granulés traités dans les corps.

Nous avons donc fait également le relevé de ceux-ci, d'après les états officiels fournis à l'administration à l'expiration du 1er trimestre de cette année, et il résulte de nos recherches, qu'il n'y en a pas, terme moyen, quatorze par corps; que sans la dernière levée, qui en a amené un grand nombre, la moyenne eût été au maximum de dix ; que la guérison de la plupart est très-avancée et que tout indique qu'avant la fin du présent trimestre, c'est à dire au 1er juillet prochain, la moyenne sera réduite à cinq. — Nous ajouterons que le chiffre 14 comprend toutes les granulations quelconques, charnues

et vésiculeuses, et qu'il eût pu dès à présent être considérablement abaissé, si les investigations eussent été moins consciencieuses.

Les corps d'infanterie qui continuent à en offrir le plus sont le 3e de ligne et le 1er chasseurs à pied ; et l'on aura néanmoins remarqué que ce sont précisément ceux-là qui présentent le moins de cas d'ophthalmies proprement dites.

Il en est, tels que le régiment d'élite, les 6e et 11e de ligne, dans lesquels on n'en signale aucun.

On n'en signale également aucun dans le 2e lanciers, le 1er chasseurs à cheval, le 1er cuirassiers, le corps des guides.

Dans l'artillerie, le 1er en offre 5, le 3e 28, et le 2e en est déclaré exempt.

JOURNAUX FRANÇAIS ET ANGLAIS.

Bulletin général de thérapeutique.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ANATOMIE DES APONÉVROSES ET DES MUSCLES DE L'OEIL;

Par le docteur Bonnet,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

J'ai adressé à l'Académie des sciences l'exposé de recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil. Ces recherches conduisent à l'interprétation scientifique de la persistance d'action des muscles de l'œil, après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme; elles éclairent sur la méthode à suivre dans cette opération, et peuvent jeter quelques lumières sur les mouvements de l'œil et des paupières étudiés dans l'état normal.

L'œil n'est pas en contact, comme l'écrivent les anatomistes, avec les graisses de l'orbite : il en est séparé par une capsule fibreuse dans laquelle il peut se mouvoir avec facilité. Cette capsule concave et ouverte en devant s'insère sur l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil, sans être en contact avec eux, et se termine aux paupières qui en forment le prolongement. Les

muscles droits et obliques la traversent pour se rendre à l'œil, et contractent avec elle des adhérences intimes; ils ont ainsi deux insertions : l'une à la sclérotique, l'autre à la capsule fibreuse, et ils ne peuvent se mouvoir sans transmettre à celle-ci tous les mouvements qu'ils exécutent.

L'existence autour de l'œil d'une aponévrose non décrite jusqu'à présent et la double insertion en avant des muscles oculaires, sont les deux dispositions anatomiques que je me propose de faire connaître dans ce travail. En les décrivant, je montrerai quelle est leur influence sur les mouvements de l'œil et des paupières. Les faits, ainsi rapprochés de leurs conséquences, seront plus aisément compris dans leurs détails, mieux appréciés dans leurs applications.

On sait que lorsqu'un des muscles de l'œil a été coupé dans l'opération du strabisme, l'action exagérée d'où résultait la maladie cesse immédiatement, et que les mouvements qu'on attribue au muscle divisé s'exécutent comme dans l'état normal. L'explication de ces effets doit, pour être satisfaisante, s'appliquer indistinctement à tous les muscles de l'œil, puisque la persistance de leurs fonctions s'observe après qu'on a coupé l'un ou l'autre d'entre eux; elle ne doit supposer aucun phénomène qui exige, comme la cicatrisation, un travail de plusieurs jours, puisque les mouvements que déterminent les muscles divisés se manifestent immédiatement après que leur section a été faite. L'explication anatomique que je vais présenter est la seule qui réunisse cette double condition. Elle est fondée sur ce fait que les muscles de l'œil s'insérant tout à la fois à la sclérotique et à la capsule fibreuse, on ne coupe dans l'opération du strabisme que la première de ces insertions. La seconde persiste tout entière, le muscle continue à agir sur la capsule, et, par l'intermédiaire de celle-ci, transmet à l'œil ses contractions simplement affaiblies. Les dissections et les expériences suivantes sont nécessaires pour vérifier ces assertions.

On enlève le globe de l'œil en ayant soin de couper les muscles qui s'y attachent, ainsi que le nerf optique, aussi près que possible de la sclérotique. La capsule fibreuse se voit alors distinctement avec toutes les dispositions que j'indiquais plus haut; les muscles coupés peuvent être retrouvés à la surface interne, et l'on peut s'assurer qu'ils la traversent obliquement, et contractent avec elle, les adhérences les plus intimes. Celles-ci sont si fortes, qu'en découvrant les muscles à leur partie postérieure, et exerçant des tractions sur eux on les déchire plutôt que de les séparer de la capsule, et que tous les mouvements qu'on leur imprime se communiquent à cette dernière.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte que les muscles de l'œil ne peuvent se contracter, sans faire mouvoir la capsule, on cherche à déterminer comment celle-ci adhère à l'œil et peut lui communiquer

les mouvements qu'elle reçoit. Sur une autre pièce anatomique, on écarte fortement les paupières et l'on enlève la conjonctive, après avoir reconnu l'adhérence circulaire qu'elle établit entre l'œil et la capsule fibreuse. Ces deux parties se montrent alors écartées l'une de l'autre de 2 à 4 millimètres; l'intervalle qui les sépare est rempli d'un tissu cellulaire très-lâche que traversent les colonnes formées par les musles qui vont se rendre à la sclérotique.

Après ces dissections doivent venir les expériences sur une pièce qui n'a pas encore servi; on enlève la paroi supérieure de l'orbite dans ses deux tiers postérieurs et l'on met à découvert un muscle, le droit interne, par exemple. On s'assure qu'une traction exercée sur lui tire l'œil en dedans, et on le coupe ensuite à son attache à la sclérotique. Cette section terminée, on peut imprimer à l'œil les mêmes mouvements qu'avant qu'elle eût été faite, en ayant soin toutefois d'exercer sur la portion orbitaire du muscle des tractions beaucoup plus étendues qu'on ne l'avait fait d'abord.

La même expérience, répétée sur les autres muscles, réussit également, mais il faut pour cela changer de pièces; car, si l'on pratique plusieurs sections sur le même sujet, les adhérences de la capsule fibreuse à l'œil, successivement divisées, sont impuissantes à transmettre les mouvements de l'une à l'autre. La dissection étendue de la conjonctive suffit même, à elle seule, pour détruire la possibilité de cette transmission, preuve expérimentale que si un muscle détaché de la sclérotique par des sections aussi bornées que possible, peut encore agir, quoique plus faiblement, sur le globe oculaire, cette dernière action peut être détruite, si l'on a disséqué la conjonctive dans une trop grande étendue. Sans doute c'est dans des cas de ce genre que l'on a produit des strabismes en sens inverse de ceux que l'on voulait guérir.

La double insertion en avant des muscles de l'œil et les adhérences de cet organe à sa capsule fibreuse expliquent, il est vrai, la persistance d'action des muscles après qu'on les a coupés, et indiquent les conditions de cette persistance, mais ils ne conduisent pas à connaître la méthode à suivre dans l'opération du strabisme.

Cette connaissance me paraît ressortir, en partie du moins, des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée, et que Ténon a fait connaître sous le nom de membrane nouvelle de l'œil. Cette membrane bien distincte de la capsule que j'ai décrite, se confond avec les gaînes fibreuses des muscles, et sert à les unir les unes aux autres, formant ainsi une couche intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique.

Il faut la traverser dans l'opération du strabisme, et lorsque par sa

section on est arrivé dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'œil, le stylet glisse sans obstacle derrière la gaîne des muscles, et l'on peut couper ceux-ci avec leurs aponévroses sûrement et en totalité. Je me suis assuré sur le vivant comme sur le cadavre de la facilité étonnante que la connaissance de la membrane de Ténon donne à la section des muscles de l'œil. Cette connaissance est aussi importante dans l'opération du strabisme que celle de la gaîne des artères dans la ligature de ces vaisseaux.

Il est plusieurs particularités que présente l'action physiologique des muscles de l'œil et dont la cause se trouve dans les dispositions anatomiques que je décris dans cette lettre. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'influence des muscles droits sur le mouvement des paupières. On s'est demandé, sans en trouver la solution, quel muscle abaisse la paupière inférieure, et comment s'établit cette harmonie admirable qui met toujours en rapport les mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières avec ceux que le globe de l'œil exécute dans le même sens. Ces phénomènes sont faciles à comprendre, dès qu'on sait que les cartilages tarses sont la continuation d'une capsule fibreuse à laquelle s'insèrent et que mettent en mouvement les muscles élévateur et abaisseur de l'œil. Ces derniers ne peuvent se contracter sans agir tout à la fois sur l'œil et sur les paupières; et la cause de cette action simultanée est tellement anatomique, que sur le cadavre on ne peut tirer ces muscles en arrière après avoir découvert leur moitié postérieure sans que les paupières ne se meuvent en même temps et dans le même sens que le globe oculaire.

Je pourrais entrer dans des détails beaucoup plus étendus sur l'anatomie des annexes de l'œil, et sur les conséquences que l'on en peut déduire; mais j'ai dû me borner, dans une lettre, à esquisser le travail que je me propose de faire sur ce sujet. Il me suffit dans ce moment, où l'importance physiologique des muscles de l'œil sur les phénomènes de la vision ressort si évidemment des suites de l'opération du strabisme, d'avoir ouvert une voie nouvelle, par une anatomie plus exacte, à l'étude de ces muscles dans l'état de santé, et d'avoir donné une raison incontestable de la persistance d'action des muscles de l'œil après la section de leurs adhérences à la sclérotique. Sous le rapport de cette persistance de fonctions, l'expérience avait démontré des faits que les connaissances acquises ne permettaient pas de prévoir, qu'elles ne pouvaient même pas expliquer; la science s'était laissée dépasser par la pratique, je crois l'avoir, par mes recherches, conduite au point où la pratique elle-même était arrivée (1).

(1) M. Jules Guérin dit avoir signalé depuis longtemps dans ses conférences cliniques, et en présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers

Gazette médicale de Paris.

SUR LA CAUSE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE.

Voici les conclusions d'un mémoire sur la myopie, que M. Guérin se propose de présenter prochainement à l'Académie des Sciences :

« 1° Il existe deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme, la *myopie mécanique* ou musculaire, et la *myopie optique* ou oculaire. La myopie mécanique résulte, comme le strabisme, de la même espèce, de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil.

» 2° Dans la myopie mécanique, les muscles trop courts sont les quatre muscles droits simultanément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

» 3° Très-fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit retracté, mais à un faible degré.

» 4° Les caractères de la myopie mécanique sont, comme ceux du strabisme mécanique, fournis par la forme du globe oculaire et par les mouvements des yeux. La moitié antérieure du globe de l'œil est conique, la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts. Les mouvements des deux yeux

qui ont assisté à ses opérations de strabisme, plusieurs des dispositions anatomiques observées par M. Bonnet, notamment celles relatives aux enveloppes fibreuses de l'œil. Ces dispositions sont, en effet, la base de la méthode sous-conjonctivale, et sans leur connaissance précise la méthode n'est pas applicable.

M. Guérin en appelle à ce sujet à M. le docteur Doubowitski et à M. Pétrequin, qui rapporte dans les Annales d'Oculistique du mois de mars 1841, que l'auteur de la méthode sous-conjonctivale lui avait fait connaître longtemps avant la publication de la lettre de M. Bonnet quelques-unes des dispositions anatomiques qu'elle signale. Cependant les remarques de M. Guérin n'avaient nullement porté sur l'insertion des muscles de l'œil à leurs gaînes, ni sur les conséquences de ce fait nouveau par rapport aux mouvements de l'œil après la section des muscles dans leur partie antérieure. La coïncidence de ses recherches avec celles de M. Bonnet ne porte que sur les enveloppes fibreuses de l'œil et sur la manière dont elles se comportent à l'égard du globe et de ses muscles. (*Le Réd.*)

sont plus ou moins bornés en haut, en bas, en dedans et en dehors, suivant le degré de raccourcissement des muscles et le nombre des muscles raccourcis.

» 5° Le traitement actif de la myopie mécanique, doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou contractés.

» J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, tantôt pour des cas compliqués de strabisme, tantôt pour des cas de myopie simple, sans strabisme. Je citerai, parmi les cas les plus remarquables, celui d'un homme âgé de 50 ans, affecté d'un léger strabisme divergent, et qui avait été réformé il y a trente ans pour cause de myopie. Il pouvait lire avec les verres n° 3 ; trois jours après l'opération, il a pu lire couramment sans lunettes les caractères du MONITEUR. Je citerai encore un jeune homme âgé de 18 ans, fils d'une mère myope dont la mère avait également la même infirmité. Ce jeune homme a été présenté à M. Arago avant l'opération : il ne pouvait pas distinguer les caractères cicéro à plus de 12 centimètres, mais lisait couramment à la même distance et à une distance plus éloignée, avec des lunettes n° 7. Trois jours après la section des deux droits internes et externes, il commençait à lire sans lunettes, à la même distance, les mêmes caractères, et pouvait distinguer à une distance de 10 mètres des objets qu'il n'avait jamais pu apercevoir avant l'opération. Aujourd'hui, neuvième jour, le malade peut lire à l'œil nu les caractères cicéro à la distance de 55 centimètres, et les capitales grasses de romain à la distance d'un mètre, mais ces caractères lui paraissent plus petits qu'avant l'opération. Il distingue assez nettement, à la distance de 100 mètres, les gros objets, comme un chien, un vase, une statue, tandis qu'il ne voit pas du tout les mêmes objets avec les verres n° 7, et ne les voit que très-confusément avec les verres n° 13. Toutefois, l'œil ne paraît pas pouvoir encore accommoder son foyer à toutes les distances intermédiaires, et cette circonstance coïncide avec une réunion et une contraction encore incomplètes des muscles divisés.

» 6° La connaissance de la cause immédiate de la myopie mécanique tend à démontrer que l'œil s'adapte, en s'allongeant ou se raccourcissant alternativement, au moyen de la contraction primitive des muscles droits, à la distance des objets qu'il regarde. Des expériences directes prouvent d'ailleurs qu'il en est ainsi. J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de 18 ans, sur lequel ces mouvements alternatifs de retrait et de relâchement de l'œil, corres-

pondants à la vision à courte et à longue distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument.

« 7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement. »

Dans une lettre lue à l'Académie, le 22 mars, M. le docteur Phillips rappelle qu'il a écrit en juillet 1840 à ce corps savant pour lui exposer quelques observations physiologiques sur la myopie produite par contraction musculaire. Il revendique, en conséquence, sur M. Jules Guérin la priorité de cette idée. Les partis seront mis d'accord par la lecture de Taylor (*Le Méchanisme* ou *Nouveau traité de l'anatomie du globe de l'œil,* Paris 1738), de Maître-Jan, et d'un travail de Ferren inséré dans le *Journal des Sçavans.*

Si nous donnons ici la réclamation de M. Phillips, c'est uniquement pour la faire servir à l'histoire des inventions de 1840-1841.

Voici les termes dans lesquels M. Philips a exposé ses opinions sur ce point, dans une brochure publiée à la fin de décembre 1840.

« Une remarque générale, constante, c'est que les yeux déviés par le grand oblique, étaient myopes, et qu'aussitôt après l'opération, la vue devenait longue... » (Pag. 88.)

« Le globe, étant écrasé dans la moitié de sa circonférence par les deux tendons des obliques, forme une convexité en avant, et la myopie est le résultat de cette modification... Après les opérations, on a obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que le grand oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie. » (Pag. 124.)

« La myopie, dans ce cas, est le résultat du déplacement de la lentille, déplacement qui est tout à fait sous la dépendance de la contraction des muscles obliques. » (Pag. 89.)

Et plus loin. « Après ce que nous avons vu de la manière d'agir de ce muscle (grand oblique) sur le globe de l'œil, ne peut-on pas espérer pouvoir améliorer l'état des myopes, en coupant le tendon du muscle grand oblique ? »

M. Carron du Villards écrit aussi, à l'occasion de la note communiquée par M. Guérin, que, dans une brochure publiée en janvier 1841, il a rapporté des expériences faites en 1801 par sir Éverard Home, dans le but de prouver « *que le bombement et l'aplatissement de la*

cornée forment les conditions nécessaires pour adapter l'œil aux objets éloignés et aux objets rapprochés, et cela au moyen de la contraction simultanée des quatre muscles droits; 2° que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente.

M. Carron, dans sa brochure, a tiré de ces expériences rapprochées des modifications de la vision consécutive à l'opération du strabisme, cette conclusion : *que la seule théorie raisonnable pour rendre compte de ces modifications est celle qui s'appuie sur les changements que subit la cornée à la suite de la section des muscles.*

M. J. Guérin a adressé la lettre suivante, en réponse à ces deux réclamations faites à l'Académie par MM. Phillips et Carron du Villards, et a demandé l'ouverture d'un paquet cacheté, déposé le 13 décembre 1840, contenant l'indication de la première opération qu'il a faite pour remédier à la myopie.

« L'Académie a reçu dans sa dernière séance deux réclamations relatives à la communication que j'avais eu l'honneur de lui faire sur la myopie.

» Dans la première, M. le docteur Phillips revendique pour lui la théorie que j'ai proposée concernant la myopie mécanique, et l'opération que j'ai pratiquée pour remédier à cette infirmité. L'Académie va juger sur quelle équivoque repose la réclamation de M. Phillips.

» J'ai posé en principe, et j'ai établi par des expériences directes, que la myopie mécanique est le résultat du raccourcissement de l'œil par la rétraction simultanée des muscles droits, et j'ai guéri des myopes que j'ai rendus immédiatement presbytes par la section des muscles dont il s'agit. Or, qu'a dit et fait M. Phillips? je cite textuellement : « Si l'action contractile des muscles *obliques* est spasmodique, s'ils sont dans un perpétuel état de contraction, il en résulte un changement dans l'axe de l'œil ; le globe, étant *écrasé* dans la *moitié de sa circonférence*, par les *deux tendons des obliques*, forme une convexité en avant et la myopie est le résultat de cette modification.... C'est ainsi que nous l'avons *toujours* remarqué dans les strabismes par contraction du grand oblique. Après les opérations, on a toujours obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que le grand oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie (1)... Après les guérisons obtenues par cette opération

(1) *Du Strabisme*; par M. Phillips, p. 124.

(chez les personnes atteintes de strabisme compliqué de myopie), ne peut-on pas *espérer pouvoir* guérir la myopie en coupant le muscle grand oblique? » (1). — Telles sont la théorie et la pratique de M. Phillips. Quel rapport ont les idées de ce chirurgien avec les miennes? J'attribue la myopie à la rétraction des *muscles droits*, il la met sur le compte des muscles *obliques;* il la regarde comme le résultat d'une *dépression latérale*, c'est-à-dire d'un *allongement du globe oculaire*, et moi d'une *dépression antéro-postérieure*, c'est-à-dire d'un *raccourcissement;* il *propose* la section du grand *oblique*, je *fais* celle des *droits;* enfin M. Phillips n'a point opéré de vrais myopes: il a seulement conclu de ce qu'il croyait avoir vu dans le strabisme compliqué de myopie, à la *possibilité* de guérir la myopie seule, par la section du grand oblique; et moi j'ai *guéri* des myopes atteints ou *non* de strabisme par la section des *seuls muscles droits*. D'après ce simple rapprochement, l'Académie comprendra peut-être difficilement le motif et le sens de la réclamation de M. Phillips. Je n'ai pas à examiner ni à discuter la valeur de nos idées respectives; en revendiquant les miennes à son profit, M. Phillips a montré implicitement le cas qu'il fait des unes et des autres.

» Dans la seconde réclamation, M. le docteur Carron du Villards croit pouvoir rapporter à sir Éverard Home et à Ramsden les conséquences physiologiques que j'ai tirées de mes expériences. Quelques mots suffiront, je pense, pour mettre l'Académie à même de juger la valeur de l'assertion de M. Carron.

» Sir Éverard Home et Ramsden ont cherché à prouver que l'œil s'adapte aux différentes distances au moyen de changements dans la courbure de la cornée, changements dus à la contraction des muscles droits. M. Carron en a induit que les altérations de la vision dans le strabisme sont les effets d'une influence analogue sur la sphéricité de la cornée. Je ne conteste pas cette influence jusqu'à un certain degré, et je l'ai moi-même signalée bien avant M. Carron. Il y a plus de six mois que j'ai prié M. Biot de m'indiquer le moyen de mesurer rigoureusement les changements de forme de la cornée et de tout le globe oculaire dans le strabisme. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans ma communication sur la myopie; j'ai dit que la myopie mécanique est le résultat d'un raccourcissement de l'œil, et directement d'un changement de rapport entre le cristallin, la cornée et la rétine, par suite d'une brièveté trop grande des muscles droits. J'ai ajouté que

(1) *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, juillet 1840, p. 173.

mes expériences tendent à infirmer l'opinion de ceux qui attribuent à un changement de forme du cristallin la faculté qu'a l'œil de voir distinctement à différentes distances. Or, cette dernière opinion relative au changement de forme du cristallin a été proposée postérieurement à celle de sir Éverard et Ramsden, précisément pour la combattre, par sir Thomas Young; et si cet habile physicien n'est point parvenu à donner à sa théorie tout le degré de certitude désirable, il est au moins parvenu à renverser complétement celle de sir Éverard Home et Ramsden, à l'aide d'expériences fort ingénieuses. Thomas Young a montré en effet que si on annule la faculté réfringente de la cornée, au moyen d'un liquide mis en contact avec sa surface extérieure, et qu'on supplée sa sphéricité par des lentilles fixes de foyer équivalent, l'œil conserve cependant la propriété de s'accommoder aux distances. Donc les changements supposés dans la courbure de la cornée sont insuffisants à expliquer cette faculté de l'organe (1).

» Du reste, je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que je n'ai donné jusqu'ici que les conclusions d'un travail que j'aurai l'honneur de lui présenter, et c'est alors que je lui soumettrai toutes mes observations et mes expériences sur cet intéressant sujet. »

(1) Voici comment l'expérience de Thomas Young est rapportée dans la *Bibliothèque britannique*, tom. XVIII, p. 248 : « M. Young prend, dans un microscope botanique, une lentille double convexe, de 8|10 de pouce de rayon et de distance focale, montée sur un anneau profond de 1|5 de pouce. Après avoir garni de cire les bords du verre, il remplit l'anneau, aux trois quarts, d'eau presque froide, et applique son œil par-dessus, de manière que la cornée soit en parfait contact avec l'eau qu'elle contient. L'œil devient immédiatement presbyte, et la force réfringente de la lentille, qui est réduite par le contact de l'eau à un foyer d'environ 16|10 de pouce, ne suffit plus à remplacer la cornée, dont l'action est annulée par le contact de l'eau à sa surface antérieure. Mais l'addition d'une autre lentille de 5 1|2 pouces de foyer ramène l'œil à l'état naturel, et même un peu au delà. Il l'applique alors à l'opsiomètre, et observe la même inégalité dans les réfractions horizontale et verticale qu'il avait remarquées sans l'intervention de l'eau; et il se trouve avoir, dans les deux directions, une faculté de modifier son foyer, équivalente à une longueur focale de 4 pouces, précisément comme auparavant. »

—

DISSECTION D'UN CAS DE STRABISME APRÈS LA STRABOTOMIE;

Par M. Hewett.

Georges Clarke, âgé de trente ans, a été reçu à l'hôpital Saint-Georges, dans la division de M. Babington, le 11 novembre 1840, pour être traité d'un ulcère à la jambe. Il était en même temps attaqué de strabisme divergent à l'œil gauche. La déviation était très considérable.

Le premier décembre, M. Babington coupa le muscle droit externe. L'opération a été suivie de plus d'inflammation que de coutume, mais la réaction s'est dissipée en peu de jours sans aucun traitement particulier. Au moment de l'opération, le succès a paru complet; mais la réaction inflammatoire a reproduit le strabisme, bien qu'à un degré moindre qu'avant. Les yeux n'avaient pas absolument la même direction, mais la différence n'était pas très-grande; cette différence cependant a diminué de plus en plus par la suite, au point qu'elle était à peine perceptible, lorsque le malade a été pris de pneumonie et est mort le premier janvier 1841.

L'œil opéré a été soigneusement disséqué. Le muscle droit externe est complètement divisé à l'endroit où il commençait à devenir tendineux. La partie charnue s'était rétractée à environ trois quarts de pouce en arrière, mais est restée toujours attachée au globe de l'œil à l'aide d'une forte bande de tissu cellulaire. Cette bande offre trois lignes environ de largeur et six lignes de longueur, et est attachée au globe oculaire à deux lignes environ derrière l'insertion primitive du muscle; sa force est telle qu'elle peut être tirée sans se déchirer.

Il n'est point douteux que cette bande ne fût formée de ce tissu cellulaire flasque qui unit naturellement le muscle au globe de l'œil, et qu'elle n'ait pris cette forme allongée que par la rétraction du muscle, et n'ait été condensée que par l'inflammation.

La pièce pathologique a été déposée au Muséum de l'hôpital.

—

VARIÉTÉS.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DU STRABISME.

Une attaque aussi brutale que grossière vient d'être dirigée contre moi par le docteur Dieffenbach. On a dit : *le style, c'est l'homme ;* jamais certes, ce dicton ne fut plus vrai que cette fois. Ceux qui ont vu de près le chirurgien Berlinois auront lu sans surprise cet exorde de son épître à la *Gazette médicale de Paris* : « JE N'AI RIEN A RÉPONDRE A UN ENNEMI COMME M. CUNIER ; MON SILENCE TÉMOIGNE ASSEZ DE MON MÉPRIS. »

Qui croirait que de pareilles expressions soient celles d'un conseiller intime du roi de Prusse, d'un chevalier de je ne sais combien d'ordres, d'un professeur de la faculté de Berlin ?

Mais enfin, quelle est donc la cause de cette grande colère qui s'est emparée tout à coup de M. Dieffenbach, et lui a fait perdre la retenue qu'il s'impose avec une si grande difficulté ?

Hélas ! j'ai pris la liberté grande de mettre les praticiens en garde contre ses assertions, de signaler quelques uns de ses insuccès, de lui poser quelques questions auxquelles il se trouve fort embarrassé de répondre ! Cela ne lui va nullement d'être mis sur la sellette, de rencontrer un contradicteur ; il m'envoie des insolences, des invectives. Il n'y a là rien que de fort naturel de sa part.

M. Dieffenbach m'accuse bien haut d'avoir « falsifié la date de la publication du résultat de sa première opération. » Or, ainsi que je l'ai dit dans la *Gazette médicale de Paris*, je n'ai eu connaissance de cette opération que par un extrait que l'on me donnait comme appartenant au n° 51 de la *Medicinische Zeitung herausgegeben von dem Vereine fuer Heilkunde im Preussem ;* et comme le n° 51 de ce journal correspond à la cinquante-unième de l'année, c'est-à-dire au mois de décembre, et que d'un autre côté M. Verhaeghe, opéré par M. Dieffenbach, mandait de Berlin à la Société de Sciences naturelles de Bruges (*Annales de cette société* 1840, p. 80.) que « LE PREMIER ESSAI AVAIT EU LIEU EN DÉCEMBRE, » — j'ai écrit que M. Dieffenbach n'avait fait sa première opération que deux mois après la mienne, qui date du 29 octobre 1839.

La vérité est que la *Medicinische Zeitung* du 13 novembre 1839, donne la relation de la première opération de M. Dieffenbach, qui s'exprime ainsi à ce sujet : « Si je pouvais, le 13 novembre 1839, » faire connaître ce résultat par la presse, l'opération devait nécessairement avoir été faite LONGTEMPS AUPARAVANT, même BIEN AVANT » le terme que M. Cunier réclame comme date de sa première opération » (29 octobre 1839.)

Notre confrère de Berlin est, on l'avouera, prodigieusement facile lorsqu'il s'agit de preuves en sa faveur. C'est le 13 novembre qu'il a fait connaître sa première guérison, qui, il faut le rappeler, *était complète le huitième jour*, et il en conclut que l'opération a été faite LONGTEMPS AVANT CETTE DATE, même BIEN AVANT le terme de ma première strabotomie. Cela est d'une logique sans pareille.

Mais, s'est-on demandé, pourquoi M. Dieffenbach ne dit-il pas positivement le jour où il a opéré pour la première fois un louche? Cela eut fixé rigoureusement la question de fait, celle de l'application sur le vivant de la myotomie oculaire.

J'ignore les motifs qui ont porté ce chirurgien à ne point faire connaître dans ses diverses publications, de 1839, 40 et 41, cette date, que M. le docteur Ch. Phillips (1) fixe, après coup, au 26 octobre 1839; ce serait donc à DIX-SEPT JOURS que se réduirait le LONGTEMPS AVANT LE 13 NOVEMBRE; ce serait donc TROIS JOURS d'intervalle qui font dire à M. Dieffenbach BIEN AVANT LE 29 OCTOBRE !!...

Je veux et je dois m'abstenir de toute espèce de réflexions. Je laisse le public médical juge dans ce procès.

On me permettra cependant, pour la moralité de la chose, de rappeler que dès le mois de juin dernier, j'ai déclaré « ne pas tenir à la » priorité dont je n'avais que faire, et qui pourrait devenir embar» rassante pour moi » (*Annales d'oculistique*, tome III, p. 126) et que le 1er octobre 1840, j'ai formulé de nouveau ma renonciation positive au droit de priorité, à la page IX de la préface de mon *Mémoire sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme*. Depuis un an les divers journaux de médecine n'ont cessé d'attribuer la priorité à M. Dieffenbach, et je n'ai fait à ce sujet aucune réclamation.

Voilà quelle a été ma conduite.

Cet abandon si facile de mes droits, et l'embarras que je redoutais de la priorité, m'ont valu de la part de M. Phillips, une kyrielle de points d'exclamation. Mon confrère liégeois ne peut pas se rendre

(1) Du Bégaiement et du Strabisme. Brochure in-8°, Paris, mars 1841.

compte de ma manière d'agir ; *redouter la priorité* est, en effet, chose plus qu'extraordinaire en 1841. — J'ai évité soigneusement, et je m'en réjouis, de prendre une part active à la grande comédie du strabisme, et sans la position que m'a faite M. Phillips, je me fusse abstenu à tout jamais de le prier de répondre catégoriquement, franchement, loyalement, aux questions suivantes, dont la solution jetera un grand jour sur l'histoire de l'opération du strabisme :

Est-il vrai que se trouvant à Bruxelles dans les derniers jours d'octobre 1839, — précisément quelques jours avant son départ pour Berlin, — il y ait fait rencontre d'un de ses anciens condisciples de l'université de Liége, M. le docteur Misson, de Namur ?

Est-il vrai que M. Misson l'ait beaucoup entretenu de moi ; qu'il lui ait parlé des nombreuses opérations de cataracte et de pupille artificielle dans lesquelles lui, M. Misson, m'avait servi d'aide ?

Est-il vrai que M. Misson lui ait dit que je me livrais depuis un certain temps à des expériences sur des animaux pour arriver à diviser les muscles moteurs de l'œil, dans le strabisme ?

Enfin, M. Misson ne lui a-t-il pas aussi fait part de mon projet de diviser quelques jours plus tard le droit externe dans un strabisme divergent, que je lui avais montré, — projet que j'ai mis à exécution le 29 ?

Que M. Phillips veuille bien répondre à ces questions, que je lui pose avec calme, et sans aucune arrière-pensée. Il fera bien de préciser en même temps la date de son départ pour Berlin, et de son arrivée dans cette ville, le jour même — et ce n'était pas le 26 octobre, je le sais positivement — où M. Dieffenbach avec qui il entretenait une correspondance active, a pratiqué sa première opération.

Les renseignements que je réclame de M. Phillips doivent être acquis à l'histoire de l'opération du strabisme.

D'un autre côté, M. Dieffenbach ne ferait pas mal d'établir que le nº de la *Medicinische Zeitung* dans lequel est relatée son opération, a bien paru le 18 novembre, et a été distribué avant le 20 du même mois.

Quoi qu'il en soit, il ne saurait plus désormais être question entre M Dieffenbach et moi — qui me trouve forcément remis en scène — de la priorité de l'application sur le vivant de la myotomie oculaire. Bien longtemps avant nous, il y a plus d'un siècle enfin, on a guéri le strabisme par la myotomie ; c'est ce que démontre d'une manière irrécusable le passage suivant d'un ouvrage de Heuermann, publié à Copenhague et à Leipzig en 1756, sous le titre de : *Abhandlung der neuesten chirurgische Operationen* :

« TAYLOR HAT AUCH VORGEGEBEN, dit Heuermann (tome II, p. 538) DAS SCHIELEN DURCH DIE ZERSCHNEIDUNG DER FLECHSE VON DEM OBERN SCHRAEGEN AUGENMUSKELN ZU HEILEN. »

Ce qui veut dire : *Taylor a aussi prétendu guérir le strabisme par la section du tendon de l'oblique supérieur.*

Voilà une citation assez formelle. Les oculistes qui connaissent les écrits du Taylor savent la part qu'il assignait au grand oblique dans la production du strabisme ; il n'est donc pas étonnant qu'il en ait opéré la division.

Et après ce que cet ophthalmologue anglais a dit en 1732 et 1738 de l'action de cet oblique dans la myopie, il est plus que probable qu'il aura aussi conseillé, et peut-être opéré la division de ce muscle pour guérir certains cas de cette imperfection visuelle.

Les médecins anglais ne manqueront pas maintenant de se livrer à des recherches sur ce point d'histoire médicale, et à démontrer que de nos jours, où le rôle des muscles droits dans le strabisme était connu, on n'a fait que *perfectionner* et tirer de l'oubli l'opération de Taylor, qui aura dû être abandonnée autrefois à cause des accidents consécutifs que l'on n'aura point su prévenir.

Mais à qui revient le mérite d'avoir appelé de nouveau l'attention sur la strabotomie ?

Ce point me paraît digne d'être examiné avec quelque attention, d'autant plus que dans sa brochure, (*Du Bégaiement et du Strabisme*) M. le docteur Phillips en a traité en arrangeant les faits de manière à donner certainement gain de cause à l'opinion qui lui a été faite en Allemagne.

Comme il s'agit ici d'histoire, je ne ferai point comme mon habile confrère liégeois : je n'omettrai ni les dates, ni la citation des recueils ou brochures ; en agissant ainsi je fournirai la possibilité de contrôle indispensable en pareille matière.

J'ai dit il y aura tantôt un an (*Annal. d'Oculistique*, tome III, p. 122) qu'un médecin italien a avancé sous forme spéculative, que le strabisme dû à la contracture spasmodique de l'un des muscles droits lui paraissait curable par l'opération ; mais qu'il n'apportait à l'appui de son opinion ni essais sur le cadavre, ni expériences sur les animaux.

Je manque aujourd'hui comme alors de preuves en faveur de mon assertion ; il m'est toujours impossible d'indiquer le nom de ce médecin italien, ni le traité où il a consigné sa proposition, sur laquelle mon attention a été appelée à diverses reprises par M. le docteur

Baschieri, de Bologne, qui se trouvait en même temps que moi à Montpellier en 1837. Il m'est même arrivé de parler alors de la possibilité de la division musculaire, avec MM. les professeurs Fages, Bertrand et Serre ; j'ai même tenté avec M. Serre un essai infructueux sur un lapin louchant à la suite d'une opération de pupille artificielle dans la sclérotique.

Mais pour ce qui est de M. Guérin, je peux être plus précis.

Le 3 janvier 1838, au moment de quitter Paris, j'allai faire une visite à M. Guérin à la Muette ; il fut question entre nous de la division des muscles droits comme moyen à employer pour guérir le strabisme. M. Guérin n'entra point dans de longs détails à ce sujet, mais il me dit qu'il s'était déjà livré à de nombreuses expériences, et qu'il arriverait sans doute à appliquer à la cure de la rétraction des muscles oculaires, sa méthode des sections sous-cutanées. Je rapporte autant que possible ses expressions.

En août 1839, M. Seutin s'est rendu à Paris ; j'ai entendu ce chirurgien déclarer en présence du docteur Cathala de Montpellier, de MM. Simonart et Pourcelet, internes de l'hôpital St-Pierre, que M. Guérin lui avait montré sur le cadavre comment il croyait arriver à la réalisation de son projet, la division sous-conjonctivale des muscles droits.

Voici comment M. Phillips procède à l'examen des droits de M. Guérin :

« M. Guérin, dit-il, cite comme une preuve à l'appui de sa prétention, la proposition qu'il fit à M. le docteur Pinel de le guérir d'un strabisme : il est vrai que M. Guérin a dit à M. Pinel qu'il le guérirait ; mais, lorsque M. Pinel lui a demandé quel moyen serait employé, M. Guérin n'a rien répondu. Il se trompe donc quand il dit qu'à cette époque il a proposé à M. Pinel la divison du muscle comme moyen curatif. »

Il résulte toujours, de la négation même de M. Phillips, que M. Guérin a proposé à M. Pinel Grandchamp, dans les premiers mois de 1838, de le guérir de son strabisme. Peut-on admettre après cela que M. Guérin n'aurait *rien répondu* à M. Pinel qui lui demandait le moyen qu'il emploierait ?.... Cela n'est ni possible, ni probable. M. Phillips poursuit ainsi :

« M. Guérin cite des écrits récemment publiés sur la matière, qui indiquent le » point de départ de la méthode ; » mais l'ouvrage de M. Crommelinck, dont veut parler M. Guérin, a paru après sa réclamation, et M. Crommelinck a rapporté cette pièce, en l'acceptant sans contrôle. »

Mais M. Phillips n'y a point songé. Comment ! M. Guérin citerait donc

dans sa lettre à l'Académie des Sciences, un ouvrage que M. Crommelinck n'avait pas encore publié!!!!

La lettre de M. Guérin porte la date du 29 juillet, et par *écrits récemment publiés sur la matière*, il entend — comme il a soin de l'indiquer dans une note — les *Annales d'oculistique* du 15 mai, p. 96, et du 15 juin, p. 123, ainsi que le *Mémoire sur l'opération du strabisme spasmodique*, publié par M. Crommelinck le 15 juin.

M. Phillips eût certainement évité d'être *injuste*, en citant les dates, dont la comparaison lui eût plus que démontré son erreur.

« M. Cunier, ajoute M. Phillips, dit en parlant de M. Guérin : Malheureu-
» sement il s'est contenté de parler, il n'a pas écrit ; d'autres se sont emparés
» de son idée, l'ont formulée, et abandonnant la section sous-conjonctivale,
» ils lui ont substitué la dissection. »

« M. Cunier a commis une erreur dans cette époque de l'histoire du strabisme, quand il a écrit ce passage : il n'était nullement question alors de la méthode sous-conjonctivale ; la première communication en a été faite à l'Institut, le 26 octobre 1840, par une lettre de M. Guérin. »

La citation de M. Phillips me fait dire que M. Guérin aurait tout d'abord réussi à opérer la section sous-conjonctivale, ce qui n'est pas. J'ai dit au contraire :

« Dès 1838, M. Guérin a signalé le procédé opératoire qui lui
» paraissait le plus convenable ; il VOULAIT appliquer à la section des
» muscles droits, la méthode sous-cutanée. . . . .
» . . . .
» Malheureusement M. Guérin s'est contenté, etc. »

On voit que la phrase retranchée par M. Phillips change tout à fait le sens de celle qu'il cite.

Pour ce qui est de la lettre insérée dans les *Annales d'oculistique* du 15 juillet, et dans laquelle on s'attache à faire valoir les droits de M. Gensoul, qui aurait fait part à M. Dieffenbach de ses essais de myotomie oculaire, je suis entièrement de l'avis de M. Phillips, que M. Dieffenbach « *n'eût rien retiré de plus utile de cette communition que de la publication de Stromeyer ;* » mais on ne peut refuser d'admettre que les renseignements de M. Gensoul ont pu lui être utiles, — et, après tout, il devait au moins en faire mention, comme également il ne devait point passer sous silence les essais infructueux de M. le docteur F. Pauli, de Landau.

Quant à la part que M. le docteur Carron du Villards peut revendiquer dans l'opération du strabisme, elle est loin de pouvoir être réduite à la *dose infinitésimale* qu'en fait M. Phillips. L'observation

que rapporte M. Carron du Villards (*Gaz. médicale de Paris*, page 611-612, année 1838, 29 septembre) fait plus que démontrer qu'il avait compris, à cette époque que le strabisme était curable par la division musculaire. Je crois bon de rapporter cette observation, que M. Phillips n'a sans doute point lue :

« M. Po.., ex-prêtre constitutionnel, grand amateur de chasse, reçut à 25 ans un coup de fusil chargé de plomb de perdrix. Un des projectiles pénétra très-profondément dans l'orbite, à la partie supérieure du grand angle, près la poulie qui donne passage au tendon du grand oblique. . . . . . . Je le vis six heures après l'accident ; l'œil était très-saillant et était entouré d'un bourrelet sanguin qui augmentait toutes les fois que l'on voulait le refouler au fond de l'orbite. . . . . . . J'incisai profondément le bourrelet et donnai issue à plusieurs onces de liquide sanguin caillebоté. . . . . . Pendant huit jours il filtra par l'ouverture que j'avais faite, un ichor sanguinolent, sans odeur, ... ; mais ce que je ne dois point passer sous silence, C'EST QU'IL FUT GUÉRI D'UN STRABISME CONVERGENT *datant de son enfance, et qui était tellement* prononcé qu'il était obligé de tirer de l'œil gauche, l'œil droit ne pouvant que très-difficilement prendre la direction de l'arme. Je crois que le plomb *avait coupé quelques fibres des muscles obliques,* dont la contracture bridait l'œil en dedans. »

L'homme qui parlait ainsi, en 1838, devait nécessairement comprendre ce que l'on pouvait attendre de la division des muscles moteurs de l'œil dans les cas de strabisme. FLORENT CUNIER.

— On lit dans le compte-rendu de la séance du 22 mars de l'Académie des Sciences (*Gazette méd. de Paris*, n° 14, 3 avril 1841, p. 219) : « M. Phillips « dit aussi avoir pratiqué à St-Pétersbourg la section des muscles orbiculaires « des paupières pour un cas d'ectropion, survenu sans ophthalmie et à la suite « de convulsions, mais il ne donne aucun détail sur cette opération. » — Lorsque, le 8 mars, j'ai vu M. Ch. Phillips, à l'hôtel du Groenendaal, je lui ai dit que j'avais eu recours à la division sous-cutanée de l'orbiculaire dans un cas d'ectropion de la paupière inférieure, et que plusieurs fois j'avais pratiqué cette division dans l'introversion palpébrale, dans la matinée même j'avais divisé sur un même œil, l'orbiculaire de la paupière inférieure, celui de la supérieure, et l'élévateur palpébral ; cette opération a eu lieu en présence et avec l'assistance de M. le docteur Fleussu et de M. Moons, chirurgien. M. Phillips, je tiens à ce qu'il le déclare lui-même, ne m'a pas dit mot de l'opération qu'il rapporte avoir pratiquée à St Pétersbourg ; il y a plus, il m'a demandé de lui décrire le procédé que j'ai suivi, ce que je me suis empressé de faire. — Il y a plus d'un an déjà, que MM. les docteurs Cutler, Perkins, Feigneaux, Mouremans, Van Swygenhoven, Servais, ont vu un malade sur lequel j'avais divisé l'orbiculaire pour arriver à réduire un entropion ; il y a plus d'un an que ces confrères, m'entendent professer que l'entropion est presque toujours entretenu par la contracture de l'orbiculaire, et m'en voient faire la division. — Pour ce qui est du malade qui a subi la section des trois muscles palpébraux, je l'ai opéré depuis d'un strabisme convergent par la section du droit interne et de la poulie du grand oblique — ce qui porte à cinq le nombre des muscles divisés sur un même œil. MM. les docteurs Servais et Morel, assistaient à la dernière opération. J'ai présenté le malade *guéri*, à MM. les professeurs Burggraeve, de Gand, François, de Louvain, ainsi qu'à MM. les docteurs Mouremans, Feigneaux, etc. F. C.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome V. — 2me livraison. — Mai 1841.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPHTHALMIE SCROPHULEUSE;

Par V. Stoeber, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir la livraison d'avril.)

Traitement.

Toutes les fois que l'affection d'un organe n'est que la manifestation d'une maladie constitutionnelle, le traitement dirigé contre cette dernière, en améliorant l'état de la constitution, fait le plus souvent disparaître les symptômes locaux, tandis qu'un traitement uniquement local ne réussit point, ou, s'il dissipe l'affection locale expose le malade aux récidives ; à moins que la cachexie ne se porte sur d'autres organes, ce qui souvent est encore plus fâcheux.

Ce principe thérapeutique, dont on peut tous les jours vérifier l'importance dans le traitement des cachexies, de la syphilis, des scrophules, etc., est si généralement admis que je n'aurais pas songé à l'inscrire en tête de ce chapitre, si dans ces derniers temps on n'avait conseillé de traiter les ophthalmies scrophuleuses par les seuls moyens locaux.

Je ne nie pas qu'on ne réussisse souvent à dissiper l'ophthalmie ; moi-même j'ai fréquemment obtenu par les moyens locaux une amélioration trop prompte pour pouvoir l'attribuer au traitement général, et je ne doute point que je n'eusse dans ces cas achevé la guérison par la seule médication locale. Mais ce dont je suis convaincu c'est qu'au bout de très-peu de jours ou de semaines, ces malades seraient revenus avec des ophthalmies nouvelles. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que je vois très souvent arriver ces rechutes chez les individus qui ont guéri rapidement, et qui à

cause de cela et malgré mes recommandations n'ont pas continué assez longtemps le traitement antiscrophuleux général.

Cependant je suis loin de vouloir bannir les moyens locaux ; je ne puis au contraire assez m'élever contre le conseil donné par quelques auteurs de se borner au traitement général ; en attendant que celui-ci agisse, les altérations de l'œil font des progrès, et peuvent amener des dommages irréparables. Ce que surtout je ne conçois pas c'est l'assertion de certains ophthalmologistes que les moyens locaux exaspèrent le mal.

J'espère prouver le contraire ; mais avant de passer à l'analyse des cas que j'ai observés, je dirai quelques mots des principaux moyens tant généraux que locaux que j'ai mis en usage.

Parmi les premiers je mentionnerai d'abord comme les plus importants, ceux fournis par l'hygiène. Les individus affectés d'ophthalmie scrophuleuse doivent respirer un air pur et sec ; ils ne doivent pas non plus se tenir dans l'obscurité. Les aliments qui leur conviennent sont : les bouillons ou potages et les viandes ; les légumes verts peuvent leur être permis en petite quantité, ainsi que les fruits ; mais il faut bannir les farineux et les pommes-de-terre, car ils remplissent l'estomac sans nourrir suffisamment et en rassasiant les enfants, qui d'ordinaire les aiment beaucoup, les empêchent de manger de la viande. Le vin, surtout un vin tonique non capiteux, tel que le Bordeaux, leur est favorable.

Ce régime n'est pas conseillé par tous les médecins. Les uns, anciens partisans de la doctrine de Broussais, considérant les scrophules comme une inflammation du système lymphatique, craindraient de l'augmenter par les excitants. Les autres, et à ces derniers se réunit la grande masse du public non médical, s'imaginent que puisqu'il y a inflammation il faut mettre les malades à un régime antiphlogistique. Ils ne considèrent point que c'est surtout chez les individus mal nourris élevés avec du laitage, des farineux, et privés de viande, qu'on voit se développer peu à peu cet état de l'économie qui constitue les scrophules. Bien souvent déjà j'ai été consulté pour des ophthalmies scrophuleuses qui duraient depuis des années, les malades étant mis à un régime antiphlogistique, et qui se dissipaient rapidement aussitôt que la viande et le vin avaient commencé à fortifier la constitution. Lorsque je vois chez les indigents des ophthalmies scrophuleuses résister au traitement sans s'améliorer, pendant 8 à 15 jours, je suis convaincu que la maladie est entretenue par le mauvais régime et souvent aussi par l'air vicié. J'engage alors les

parents à mettre les malades à l'hôpital, et je suis sûr qu'au bout de quelques jours l'amélioration se prononcera.

Parmi les malades de l'année dernière se trouvait un garçon de 13 ans affecté de tuméfaction du nez et de la lèvre supérieure, et d'une ophthalmie caractérisée par l'injection de la conjonctive et de la sclérotique, une phlyctène sur la cornée et une photophobie très-intense. Je voulus voir ce que ferait le régime tonique seul, aidé de l'air pur, d'une clarté moyenne, et d'un bain aromatique. Au bout de quatre jours l'ophthalmie avait disparu.

Je prescris l'alimentation tonique et le vin à tous mes malades, à moins que l'état des viscères ne fournisse une contre indication, ce qui est rare.

J'ai dit que les malades ne devaient pas être tenus dans l'obscurité; j'insiste sur ce précepte; s'il est négligé, ce qui arrive nécessairement lorsqu'on considère la photophobie comme produite par une rétinite, ce dernier symptôme persiste ou s'exaspère. Il suffit d'abriter les yeux au moyen d'un garde-vue ou d'une compresse attachée au front et retombant au devant des yeux.

L'action du régime tonique est encore renforcée par les bains aromatiques que je fais prendre de deux jours l'un, et qu'on prépare chez les pauvres avec la fleur de foin, chez les personnes aisées et à l'hôpital avec les espèces aromatiques. S'il y a des individus qui ne supportent pas les bains, ils sont rares; et je puis affirmer que les craintes de quelques auteurs à l'égard de l'action des bains dans l'ophthalmie scrophuleuse sont chimériques, du moins en ce qui concerne les bains aromatiques.

Les moyens médicamentaux dont je me sers de préférence dans la maladie scrophuleuse sont l'iode, les préparations antimoniales et mercurielles, l'huile de foie de morue. J'emploie surtout l'iode lorsqu'il existe des engorgements glanduleux anciens et considérables, l'huile de foie de morue m'a principalement réussi, comme à d'autres médecins, dans les maladies scrophuleuses du système osseux : caries et tumeurs blanches. Ces deux moyens agissent en général trop lentement pour être d'un grand secours dans le traitement immédiat de l'ophthalmie scrophuleuse; mais leur usage continué pendant longtemps en modifiant la constitution empêche les récidives du mal local. Cependant lorsqu'on peut arrêter la marche de l'ophthalmie ou même diminuer l'intensité de celle-ci par des moyens locaux, on fait bien d'employer de prime abord ces remèdes généraux, quand ils sont indiqués par l'état général et par d'autres

symptômes. Il en est de même dans les cas qui ont résisté à d'autres médications. C'est ainsi qu'en 1833 un des premiers cas de scrophules dans lesquels j'employai l'huile de foie de morue, alors peu connue, fut celui d'un garçon de 8 ans affecté d'une kératite scrophuleuse qui avait été combattue sans succès par plusieurs médicaments antiscrophuleux, employés pendant quelques mois. L'huile de foie de morue à l'intérieur à la dose de 3 cuillerées par jour, continuée pendant 4 semaines, débarrassa complètement le malade de son ophthalmie opiniâtre.

Les remèdes généraux dont je fais le plus souvent usage au commencement du traitement des ophthalmies scrophuleuses, et fréquemment pendant tout leur cours, sont les préparations antimoniales et mercurielles réunies, sous forme d'éthiops antimonial (sulfure d'antimoine et de mercure) et de poudre de Plummer (parties égales de calomel et de soufre doré d'antimoine). J'administre le premier à la dose de 15 centigrammes (3 grains) 3 ou 4 fois par jour surtout dans les cas où l'ophthalmie est accompagnée d'une éruption impétigineuse. Dans la grande majorité des cas j'ai recours à la poudre de Plummer, que je donne de manière à ce que les malades prennent 5 à 10 centigrammes (1 à 2 grains) de calomel et autant de soufre doré dans la journée en trois fois. Le malade continue l'usage de cette poudre pendant trois à quatre semaines; puis je le purge une ou deux fois. Si alors les symptômes scrophuleux n'ont pas disparu depuis longtemps, je fais recommencer le remède après une interruption de 8 à 10 jours, et continuer de nouveau pendant 3 à 4 semaines, lorsque toutefois j'ai le malade sous les yeux, car dans le cas contraire je n'aime pas à donner des préparations mercurielles; je préfère alors faire prendre l'iode, l'huile de foie de morue ou simplement les amers, suivant les cas.

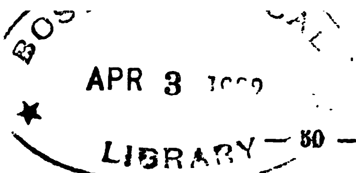
L'effet immédiat ordinaire de la poudre de Plummer est de tenir le ventre libre; d'occasionner même fréquemment deux ou trois selles dans la journée; mais presque jamais davantage. Le mercure qui y est contenu porte rarement à la bouche, ce qui paraît provenir de la petite dose à laquelle il est administré, de sa combinaison avec le sulfure d'antimoine, et du peu de disposition à la salivation qui existe chez les enfants. Plus le malade approche de l'âge de la puberté, plus il faut surveiller l'action du mercure. Il m'est cependant arrivé une fois de voir la salivation s'établir chez un enfant de 3 ans, qui avait pris pendant trois jours 2 grains de calomel par jour, et ensuite pendant 8 jours 1 grain par jour en 2 fois, avec

autant de soufre doré. Cet accident ne serait du reste pas arrivé si la mère n'était restée 8 jours sans me représenter son enfant. Je n'aurais eu qu'à suspendre l'usage de la poudre de Plummer aux premiers symptômes de salivation et donner un purgatif pour empêcher le développement de celle-ci qui du reste a été peu intense.

Je passe maintenant à l'examen des moyens plus directement dirigés contre l'ophthalmie. Ils peuvent être rangés en trois médications : l'antiphlogistique, la révulsive et la stimulante.

Il y a une quinzaine d'années, alors que la doctrine physiologique de Broussais était arrivée à son apogée, le plus grand nombre des médecins français traitaient indistinctement toutes les ophthalmies par la *méthode antiphlogistique*. Aujourd'hui on est revenu de cet engouement et l'on profite mieux des leçons de l'expérience. Il y a cependant encore beaucoup de médecins qui traitent l'ophthalmie scrophuleuse par les antiphlogistiques, et sous ce nom je comprends un régime plus ou moins sévère, les évacuations sanguines générales et locales, les fomentations émollientes, et même les frictions mercurielles.

Je ne puis assez m'élever contre cette pratique. Déjà dans mon *Manuel d'Ophthalmologie* (1834), je disais que les antiphlogistiques n'étaient que rarement indiqués ; depuis lors j'en ai de plus en plus restreint l'emploi, en voyant les malades ainsi traités par des confrères en ville et dans les hôpitaux, ne pas parvenir à être débarrassés de leur mal, ou souvent perdre un œil ou même les deux yeux par suite de désorganisations que les antiphlogistiques n'arrêtaient point. Je ne proscris pas les antiphlogistiques, mais je ne m'en sers que rarement et seulement par suite d'indications spéciales. Dans 96 cas d'ophthalmie scrophuleuse, dont j'ai pu suivre le traitement et recueillir les observations, je n'ai jamais employé ni saignées générales, ni fomentations émollientes; et 7 fois seulement j'ai appliqué des sangsues aux tempes, dans des cas où il existait soit une sclérotite violente, soit de la fièvre ; une fois il y avait quelques points de suppuration à la cornée, une autre fois la pupille était rétrécie et immobile de manière à me faire craindre l'extension de l'inflammation à l'iris. Dans ces 7 cas, 2 fois les symptômes s'aggravèrent après l'application des sangsues ; 2 fois une amélioration notable suivit de près cette application ; dans les 3 derniers cas l'amélioration ne se fit que lorsque j'eus fait suivre la saignée locale de l'usage des révulsifs, des antiscrophuleux généraux et des moyens irritants locaux.



Les sangsues peuvent quelquefois être utiles en dégorgeant les vaisseaux de la conjonctive, trop fortement distendus ; et dans ces cas on y joint avec succès l'usage des stimulants locaux qui rendent aux parois de ces vaisseaux précédemment distendus, la contractilité qu'elles paraissent avoir perdue en partie.

La méthode révulsive et dérivative consiste dans l'emploi des sétons, cautères, vésicatoires, pommades et emplâtres stibiés, des purgatifs. L'usage de ces moyens dans l'ophthalmie scrophuleuse est presque général. C'est qu'effectivement ils conviennent le plus souvent, comme dans toutes les inflammations subaiguës ou chroniques. Le séton doit être réservé pour les cas très-chroniques où l'on ne parvient à entretenir assez longtemps un autre révulsif. Je n'applique les cautères qu'aux individus chez lesquels l'ophthalmie rechute toujours malgré le traitement général. Le garou appliqué derrière l'oreille est insuffisant ; il en est de même de la pratique populaire de percer les oreilles aux enfants ; ces deux moyens n'agissent sur l'ophthalmie que lorsqu'ils occasionnent aux oreilles une éruption et un suintement considérable, qui sont quelquefois aussi désagréables que l'ophthalmie, surtout lorsqu'ils s'étendent au conduit auditif.

Je me sers habituellement de vésicatoire et des pommades te emplâtres stibiés. Ces derniers ont une action plus profonde sur la peau, et par conséquent font une révulsion plus énergique ; mais ils ont l'inconvénient d'occasionner des ulcérations profondes et des cicatrices indélébiles lorsque leur usage n'est pas surveillé avec attention. J'ai vu un emplâtre stibié laissé en place pendant six jours occasionner la gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. Dans la pratique des consultations, surtout chez les indigents qui en général n'ont pas autant de soins pour leurs enfants que les personnes aisées, le vésicatoire mérite la préférence comme étant plus facile à manier et d'un usage plus répandu.

La révulsion pour agir efficacement doit être assez étendue, et pas trop éloignée du siége du mal. La nuque est l'endroit le plus favorable ; derrière les oreilles la place est trop restreinte, et aux bras la révulsion ne produit pas beaucoup d'effet.

Il est difficile d'apprécier dans chaque cas individuel l'influence du révulsif, car ordinairement on emploie conjointement d'autres moyens. J'ai vu beaucoup de cas où l'amélioration a eu lieu avant que le révulsif (emplâtre stibié) n'eût eu le temps d'agir ; d'autres où la guérison a été obtenue sans révulsif. Par contre j'ai observé

des cas où le traitement général et local est resté sans effet pendant quelques jours, et où l'amélioration s'est prononcée aussitôt qu'on y eut joint un révulsif.

En résumé on peut dire que dans les cas récents et dans ceux où l'inflammation et la photophobie sont légères, on peut se passer des révulsifs. Dans les cas anciens au contraire, ainsi que dans ceux où l'injection et la photophobie sont intenses, les révulsifs sont nécessaires; ils le sont également lorsque l'ophthalmie s'accompagne d'une sécrétion anormale abondante, et chez les malades qui sont sujets à des rechutes; dans ce dernier cas il est essentiel d'entretenir la révulsion pendant longtemps, même après la disparition de l'ophthalmie.

Les purgatifs sont d'une utilité bien moindre que les autres révulsifs; ils peuvent même avoir une influence fâcheuse lorsqu'on les continue sans interruption pendant quelque temps. Il n'y a pas de plus grave abus que celui que commettent les médecins qui pour la moindre ophthalmie ont recours aux sangsues et au calomel.

Ce dernier administré à doses laxatives huit à quinze jours de suite, s'il ne provoque pas la salivation, ce qui cependant arrive souvent, affaiblit le malade et détériore la constitution; effets doublement nuisibles chez les scrophuleux.

Les purgatifs ne m'ont paru utiles que donnés à des intervalles d'au moins quelques jours. Au début des ophthalmies scrophuleuses ils modèrent l'inflammation dans bien des cas.

Dans le cours de l'affection ils sont quelquefois indiqués pour empêcher les préparations mercurielles de porter à la bouche, ou pour enlever les embarras gastriques et intestinaux auxquels les scrophuleux sont sujets. La substance que j'emploie de préférence est la racine de jalap, dont l'action est plus vive, plus stimulante que celle de l'huile de ricin ou de la manne, communément employées chez les enfants. Quant au calomel je l'associe quelquefois à la poudre de jalap, lorsque je n'en donne pas déjà au malade sous forme de poudre de Plummer. Administré seul il ne purge que médiocrement la plupart des scrophuleux, à moins qu'on ne le donne à forte dose.

De tous les remèdes dirigés directement contre l'affection oculaire, ce sont les *irritants locaux* qui produisent l'effet le plus prompt et le plus salutaire. Je ne suis ni le seul, ni le premier qui aie mis en usage cette médication irritante locale, et je n'aurais pas songé à

insister de nouveau sur son emploi, si je ne voyais des auteurs recommandables préconiser le traitement antiphlogistique, soutenir que les substances irritantes augmentent toujours l'ophthalmie scrophuleuse, surtout lorsqu'il y a photophobie et sclérotite.

Ces assertions sont contraires aux faits assez nombreux que j'ai observés et dont je donnerai l'analyse plus bas; et je tiens d'autant plus à réfuter ces opinions, qu'elles trouvent crédit chez la majorité des médecins qui ne voient pas beaucoup de maladies d'yeux, et qui ne les ont pas étudiées avec attention.

Je ne sais si tous les collyres et tous les onguents plus ou moins stimulants recommandés par les auteurs ont le même effet. Les seuls que j'aie employés sont le collyre mercuriel (1), la solution de pierre divine avec du laudanum de Sydenham ou de l'extrait de laitue vireuse (2), la pommade de précipité rouge (3), la pommade de Rust (4), la pommade de pierre infernale (5).

Tous ces moyens agissent favorablement, et je ne suis pas parvenu jusqu'à présent à établir pour chacun d'eux des indications spéciales bien positives. Cependant la pommade de pierre infernale m'a mieux réussi que tout autre moyen dans les blépharites glanduleuses; elle les dissipe plus vite et en guérit de très-chroniques, qui ont résisté aux autres médicaments.

Dans la conjonctivite et la kérato-conjonctivite scrophuleuses la pommade de Rust et le collyre mercuriel me paraissent avoir plus d'efficacité que toutes les autres préparations, ce qui m'a déterminé à les employer presque exclusivement.

Je me sers plus souvent de la pommade que du collyre, parceque j'ai remarqué que chez les enfants la première s'applique beaucoup plus facilement que la préparation liquide (6).

Un moyen que j'emploie fréquemment et dont je n'ai pas encore parlé c'est le laudanum liquide de Sydenham pur ou étendu, les pre-

(1) Sublimé corrosif grammes 0,02; eau distillée 100,00; laudanum liq. de Sydenham, 2,00 m.

(2) Pierre divine grammes 0,30; eau distillée 100,00; laudanum liq. de Sydenham 2,00; ou extrait de laitue vireuse 0,50 m.

(3) Précipité rouge de mercure 0,10, axonge 5,00 m.

(4) Précipité blanc de mercure 0,20; laudanum de Sydenham, extrait de Saturne âna 0,50; axonge 5,00 m.

(5) Pierre infernale 0,10 à 0,50; axonge 5,00 m.

(6) Voyez pour le mode d'application des collyres et pommades mon *Manuel pratique d'ophthalmologie*, p. 460 et 463.

miers jours, de moitié d'eau. J'en porte une goutte sur l'œil une ou deux fois par jour dans les cas où il existe une ulcération de la cornée, dont il favorise la cicatrisation.

Dans les cas où la photophobie est très-intense et ne diminue pas dès les premiers jours du traitement irritant et révulsif, j'ai recours à la belladone en fomentations; sous cette forme elle agit quelquefois favorablement sur la photophobie, tandis qu'employée en frictions avec de l'onguent napolitain, ou à l'intérieur, ou incorporée à la pommade ophthalmique, je n'en ai jamais vu d'effet salutaire appréciable. Quant à la ciguë et à la teinture de rhus toxicodendron elles ont complétement échoué entre mes mains et je ne les emploie plus. Dans un cas très-rebelle qui avait résisté au traitement ordinaire, la photophobie et l'inflammation ont cédé à l'application endermique de la morphine au front et aux laxatifs à l'intérieur. Cependant dans la majorité des cas la photophobie cède le mieux aux irritants locaux et aux révulsifs.

Maintenant que j'ai parlé de chaque moyen en particulier, je vais résumer en quelques mots le traitement tel que je l'emploie dans l'immense majorité des cas :

Blépharite glanduleuse scrophuleuse :

Dans les cas récents : poudre de Plummer à l'intérieur; pommade de Rust. Si la maladie se prolonge : application d'un vésicatoire.

Dans les cas très-anciens : iode, pendant longtemps, à l'intérieur, pommade de pierre infernale, vésicatoire ou séton.

Conjonctivite et kérato-conjonctivite scrophuleuses : Poudre de Plummer à l'intérieur; pommade de Rust, la grosseur d'une lentille, étendue tous les soirs dans la fente palpébrale ou collyre mercuriel avec lequel on lave les yeux quatre fois par jour, en ayant soin d'en faire pénétrer chaque fois quelques gouttes dans l'œil; quelquefois aussi solution de pierre divine ou pommade de précipité rouge. Vésicatoire ou pommade ou emplâtre stibiés à la nuque. Régime tonique; bains aromatiques. S'il existe un ulcère à la cornée instillation d'une goutte de laudanum de Sydenham, tous les jours, en sus des autres moyens. De plus fomentations d'infusion de belladone si la photophobie était très-intense et très-opiniâtre.

Le traitement que je viens d'esquisser est basé sur l'observation d'un grand nombre de faits. Mais comme je l'ai dit au commencement de ces considérations, je n'ai pu recueillir l'histoire complète que du plus petit nombre des malades. En rassemblant mes notes je trouve 96 cas de conjonctivite et de kérato-conjonctivite scrophu-

leuses (1) dans lesquels on a pu apprécier l'influence du traitement.

De ces 96 malades 71 furent guéris, 19 étaient dans un état d'amélioration tel que leur guérison était prochaine, lorsqu'ils cessèrent de se présenter (ce qui arrive souvent chez les consultants); chez 4 malades le traitement n'avait encore nullement modifié la maladie lorsqu'ils cessèrent de venir) enfin chez 2 individus le mal s'était aggravé quand je les vis pour la dernière fois.

Le traitement n'a pas toujours été le même dans ces différents cas :

J'employai le traitement ordinaire (à l'extérieur pommade ophthalmique ou collyre et révulsifs, à l'intérieur poudre de Plummer ou éthiops.	55 fois;
Le même traitement sans révulsifs,	13 — ;
Le traitement irritant local avec révulsifs, sans remèdes internes,	12 — ;
Le traitement irritant local, révulsif et purgatif,	7 — ;
Le traitement antiscrophuleux interne et révulsif,	1 — ;
Le traitement révulsif et purgatif,	1 — ;
Le traitement par les sangsues,	7 — ;

Il est difficile de déterminer dans chacun de ces traitements quelle est l'action propre aux différents moyens qui les composent. L'analyse de ces faits nous permet néanmoins d'établir quelques vérités importantes.

Voyons d'abord quel a été l'effet produit par l'application aux yeux enflammés des pommades ou collyres irritants.

Ces moyens ont été employés sur 87 malades, affectés des différentes formes de la conjonctivite et de la kérato-conjonctivite scrophuleuses : pannus, phlyctènes, pustules, ulcères de la cornée; dans tous les cas il y avait de la photophobie, qui chez un grand nombre de ces malades était tellement intense, qu'il y avait impossibilité ou extrême difficulté de voir la cornée. Chez ces 87 malades 76 fois l'amélioration était évidente, souvent considérable, la première fois que je revis les malades (un ou plusieurs jours) après le commencement du traitement. Des 11 restants 9 étaient dans le même état lors de la première visite, mais 5 d'entre eux se rétablirent en continuant le même traitement ; les 4 autres ne se représentèrent plus. Enfin sur deux malades l'ophthalmie parut s'aggraver : chez l'un il y eut d'abord une légère amélioration, mais ensuite l'inflammation s'étendit à l'iris et fut combattue avec succès par les antiphlogistiques, les révulsifs et le traitement antiscrophuleux général ;

(1) Je néglige à dessein les blépharites glanduleuses, les médecins étant assez d'accord sur la médication à employer pour les combattre.

je n'ai pas vu moi-même l'aggravation chez le second malade, mais la mère de l'enfant vint me prévenir huit jours après le commencement du traitement qu'elle trouvait le mal augmenté ; malgré mes recommandations elle n'est pas revenue avec l'enfant.

A ces malades j'en ajouterai un autre dont je n'ai pas recueilli l'histoire et chez lequel l'ophthalmie, après avoir résisté à tous les traitements antiscrophuleux généraux, révulsifs, locaux tant irritants qu'antiphlogistiques, se dissipa sous l'influence des laxatifs et de la morphine appliquée au front par la méthode endermique.

De l'analyse de ces faits il résulte 1° d'abord qu'on peut guérir les ophthalmies scrophuleuses sans traitement antiphlogistique, puisque sur 87 malades 81 se rétablirent sans lui ; 2° que les onguents et collyres irritants appliqués à l'œil ne sont pas aussi nuisibles qu'on l'a dit, puisque 85 fois sur 87 ils n'ont pas augmenté le mal ; 3° que ces moyens sont au contraire utiles dans le traitement des ophthalmies scrophuleuses, puisque chez 76 malades sur les 87 l'amélioration a suivi de près le commencement du traitement. Cette dernière conclusion est plus sujette à contestation que les autres. On pourra, en effet, m'objecter que les malades ont guéri malgré l'application de ces moyens et peut-être par l'influence du traitement général et révulsif.

Mais l'application d'une substance irritante sur une surface aussi sensible que celle de l'œil enflammée doit modifier l'action morbide soit en bien, soit en mal ; ensuite j'ai vu fréquemment l'amélioration se prononcer avant que les remèdes généraux et les révulsifs n'eussent été employés ou n'eussent eu le temps d'agir. Cependant je dirai que dans la majeure partie des cas le traitement entier me paraît nécessaire ; j'ai vu souvent des malades qui avaient employé successivement les révulsifs, les antiscrophuleux, les irritants locaux, le tout sans succès, et qui ont été débarrassés rapidement de leur mal par l'usage de ces moyens réunis.

Dans les deux cas où il y a eu aggravation du mal celle-ci peut-elle être attribuée au traitement ? Je n'ai pas vu l'un de ces cas et ne puis par conséquent pas en parler. Dans le second il y avait une légère amélioration, et si plus tard l'inflammation s'est étendue à l'iris, cet insuccès sur un aussi grand nombre de malades ne prouve rien ; l'aggravation aurait pu avoir lieu d'ailleurs sous l'influence de tout autre traitement. C'est ce que je vois arriver journellement sur des malades traités suivant d'autres méthodes. Le résultat de la médication antiphlogistique chez les 7 malades traités par moi le prouve

également. Car sur ce nombre les deux qui furent traités par les sangsues et le calomel à l'intérieur s'en trouvèrent plus mal ; l'un d'eux ne revint pas, et l'autre sentit son état s'améliorer immédiatement par l'emploi des irritants locaux et des moyens généraux.

Quatre de ces malades furent guéris et améliorés ; mais chez eux les sangsues furent accompagnées du traitement anti-scrophuleux général, du vésicatoire et même chez l'un du collyre mercuriel. Enfin, chez le septième malade, l'application des sangsues ne modifia point la maladie, qui s'améliora par l'emploi de la poudre de Plummer et des fomentations de belladone.

Une considération puissante qui parle en faveur de mon traitement, c'est que les désorganisations graves de l'œil, les staphylômes, que je vois assez fréquemment sur des malades qui ont été traités suivant d'autres méthodes, ne sont survenus non-seulement chez aucun des 96 malades dont j'ai recueilli l'observation, mais dans aucun des cas que ma pratique m'a fournis par centaines depuis quinze ans.

Quant à la rapidité de la guérison, on ne peut rien en dire de précis. On a vu que l'amélioration a été immédiate chez 76 de mes 87 malades ; mais ensuite la guérison s'est fait attendre plus ou moins longtemps suivant la gravité et l'ancienneté du mal ou l'état de la constitution. Sur les 87 malades, il y en a 65 que j'ai observés jusqu'à guérison complète, c'est-à-dire, jusqu'à la disparition de toute injection, photophobie, et ulcération de la cornée. Quelquefois, il restait des taies, qui ne diminuaient ou ne se dissipaient que lentement. De ces 65 malades : ont guéri

En	une semaine et moins,	14 ;
»	deux semaines	13 ;
»	trois semaines	17 ;
»	quatre semaines	9 ;
»	cinq semaines	3 ;
»	six semaines	3 ;
»	deux à trois mois	6.

Quelques observations compléteront ce que j'ai dit sur la marche, la durée et le traitement de l'ophthalmie scrophuleuse.

Obs. I. — Sorg, Marie-Joséphine, âgée de 8 ans ; brune ; affectée depuis quelques années de teigne granuleuse et d'engorgement des glandes du cou, fut prise au mois de juillet d'une conjonctivite légère à l'œil gauche, mais intense à droite, sans phlyctène, ni pustule, sans altération de la cornée. Cette conjonctivite accompagnée de

photophobie et de larmoiement intenses, existaient au même degré lorsque la malade vint me consulter, trois semaines après le début du mal. (Poudre de Plummer à l'intérieur à la dose d'un grain de calomel et autant de soufre doré par jour en trois fois ; frictions stibiées à la nuque ; collyre mercuriel, régime tonique.)

Cinq jours après, la conjonctivite, la photophobie et le larmoiement avaient disparu.

Obs. II. — Muchri, Auguste, âgé de 9 ans : sujet aux ophthalmies depuis quelques années, ayant les glandes du cou engorgées depuis six mois. A la fin de février, il fut affecté d'ophthalmie et vint me consulter le 5 mars, 8 jours après le début du mal. Bords palpébraux tuméfiés, collés le matin ; injection de la conjonctive et de la sclérotique, ainsi que du feuillet conjonctival de la cornée à l'œil droit ; à gauche l'injection se borne à la conjonctive, photophobie et larmoiement. (Le premier jour, poudre de jalap 10 grains. Les jours suivants, poudre de Plummer ; pommade ophthalmique de Rust ; frictions stibiées à la nuque ; bains aromatiques ; régime tonique.)

12. Amélioration notable de tous les symptômes. (Même traitement.)

25. L'ophthalmie a disparu, mais il reste quelques taies nuageuses.

Dans ces deux cas, l'ophthalmie était récente et la guérison a été prompte surtout dans le premier où la cornée n'était point affectée. J'ai vu la guérison se faire quelquefois tout aussi rapidement dans les cas anciens, comme le prouve l'observation suivante :

Obs. III. — Michel-Auguste, âgé de deux ans et demi ; châtain clair, pâle, bouffi, est affecté depuis six mois d'ophthalmie. Le 14 mai, je trouve une blépharite glanduleuse, peu intense, aux deux yeux. A l'œil gauche conjonctivite, pustule sur la cornée, photophobie, larmoiement, constipation habituelle. (Poudre de Plummer ; pommade de Rust, frictions stibiées à la nuque.)

Le 21, 8 jours après le commencement du traitement, l'ophthalmie était complétement dissipée.

Obs. IV. — Sprauel, Louise, âgée de trois ans ; lymphatique ; cheveux blonds, iris bleus, lèvre supérieure et nez tuméfiés, a eu, il y a 18 mois, une éruption teigneuse, mais jamais d'engorgement glanduleux. Depuis 8 mois ophthalmie double. Aujourd'hui 6 mai, blépharite glanduleuse aux deux yeux ; conjonctives palpébrales et oculaires injectées ; feuillet conjonctival de la cornée droite soulevé, inégal, opaque en partie du côté externe. Photophobie, larmoie-

ment. Le matin, l'enfant est plus mal que le soir. Depuis 8 jours, elle porte un vésicatoire à la nuque sans amélioration. (Entretenir le vésicatoire; poudre de Plummer; pommade de Rust, bains aromatiques; régime tonique.)

15. Amélioration considérable de tous les symptômes.

24. État stationnaire; le vésicatoire est sec. (Frictions stibiées entre les omoplates; continuer le reste.)

Le 10 juin. — Guérison complète.

Chez cette malade la guérison a probablement été retardée parce que le vésicatoire a séché. C'est ce qu'on a l'occasion de voir assez souvent; quelquefois même, l'ophthalmie s'aggrave de nouveau lorsqu'on laisse sécher l'éruption stibiée ou le vésicatoire avant la disparition totale de l'inflammation oculaire.

Obs. V. — Oster, Caroline, âgée de 18 ans; rachitique; a eu des éruptions teigneuses; celles-ci ont disparu il y a deux mois, et depuis lors l'œil gauche est malade.

Aujourd'hui 15 avril, ulcère sur le centre de la cornée, paquet de vaisseaux qui s'étend depuis cet ulcère jusque dans la conjonctive scléroticale et forme une tumeur allongée, étroite, élevée au-dessus du niveau de l'œil, également large dans toute sa longueur, rouge, mais dans laquelle on ne peut distinguer les vaisseaux injectés dont elle est formée. Injection de quelques vaisseaux fins qui entourent la cornée en forme de zone et sont situés dans le tissu sous-conjonctival et la sclérotique; photophobie. (Régime tonique; pommade de Rust; frictions stibiées.)

Le 22. — L'ophthalmie et la photophobie ont disparu; l'ulcère et la traînée de vaisseaux sont remplacés par une taie.

Obs. VI. — Rosh, Jean, âgé de 4 ans; bouffi, ayant un gros ventre et la lèvre supérieure tuméfiée, est affecté depuis 9 mois d'ophthalmie; le photophobie est telle que dans les six derniers mois, l'enfant n'a pas ouvert les yeux, et que je ne parviens pas à entr'ouvrir les paupières. On a employé les vésicatoires, les frictions stibiées, les purgatifs, l'iode. Je prescris la poudre de Plummer, précédée d'un purgatif; frictions stibiées à la nuque; pommade de précipité rouge avec extrait de belladone, bains aromatiques; régime tonique.

Quinze jours après, l'enfant se sert de ses yeux et ne conserve qu'un léger clignotement, lorsque la clarté est très-intense.

Obs. VII. — Freis, Sébastien, âgé de 15 ans; lymphatique, blond, yeux bleus, ayant des engorgements glanduleux au cou et une éruption impétigineuse à la face; est affecté depuis 8 mois d'une ophthal-

mie caractérisée par la rougeur et la tuméfaction des bords palpébraux, la sécrétion abondante et anormale des glandes de Meibomius ; l'injection intense des conjonctives et des sclérotiques ; des vaisseaux injectés parcourent le feuillet conjonctival de la cornée et y forment un pannus qui n'empêche cependant pas de distinguer la pupille. Photophobie peu intense ; larmoiement Vue fortement troublée. (Pommade de Rust ; teinture d'iode à l'intérieur, vésicatoire à la nuque.)

Je ne revois le malade, qui est de la campagne, qu'un mois après le commencement du traitement. Il rapporte que son état s'est amélioré immédiatement par suite de l'emploi des moyens prescrits et que depuis quinze jours il est guéri. Effectivement, je ne trouve plus aucune trace d'inflammation, mais il existe de légères taies sur les cornées. Les glandes du cou ont considérablement diminué de volume, car on n'en sent plus qu'une seule assez petite. Le vésicatoire est sec.

Ces deux dernières observations sont remarquables à cause de la rapidité de la guérison comparée à la longue durée antérieure de la maladie. Des ophthalmies qui ont duré huit et neuf mois sans amélioration, se dissipent en quinze jours. L'un de ces malades n'ouvre pas les yeux pendant six mois, et à peine a-t-on commencé le traitement que cette photophobie si intense disparait comme par enchantement. C'est là un de ces cas, assez fréquents du reste, qui parlent contre l'existence d'une rétinite comme cause de la photophobie scrophuleuse.

Aux observations précédentes, je pourrais en ajouter un grand nombre d'autres également intéressantes et concluantes ; mais elles ne nous apprendraient pas plus que celles-ci. J'ai hâte de terminer ces considérations déjà trop longues, et par lesquelles j'ai cherché à prouver surtout, que le traitement que j'ai adopté guérit mieux les ophthalmies scrophuleuses, qu'aucune autre médication. Que si l'on m'objectait qu'un traitement exclusif n'est pas applicable à une maladie dont les formes varient, et que ma manière de traiter ne présente rien de nouveau, je répondrais qu'il est loin de ma pensée de vouloir appliquer une même formule à tous les cas ; le médecin doit observer ses malades et modifier son traitement suivant chaque individualité morbide. Ce que je crois pouvoir soutenir, c'est que dans la grande majorité des cas le traitement proposé réussira. Quant à ce qui concerne le second reproche, j'ai déjà dit que je ne suis ni le premier, ni le seul qui emploie ces moyens ; et si je me suis arrêté si longtemps à prouver leur efficacité, c'est que je suis convaincu

qu'on rend plus de services à l'art de guérir en faisant bien apprécier une médication même ancienne, qu'en préconisant des remèdes nouveaux, qui trompent si souvent nos espérances. D'ailleurs, le praticien le plus heureux, n'est pas celui qui se sert d'un grand nombre de médicaments, mais celui qui sait bien manier ceux qu'il emploie.

DE LA MANIÈRE D'INTERPRÉTER LE LANGAGE DES AUTEURS CONCERNANT LES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES;

TRAITEMENT DE CES OPHTHALMIES;

Par M. A. VELPEAU (*).

En essayant de prouver que les ophthalmies spécifiques n'existent point, je n'ai pas eu l'intention de dire que les auteurs qui les admettent ont inventé les phénomènes dont ils parlent; j'admets au contraire, tous les faits matériels qu'ils signalent, et je les ai observés comme eux. Ce n'est que sur l'interprétation des faits que je les attaque. Maintenant donc je vais tâcher de traduire leurs descriptions, et de les ramener à ce qui existe réellement dans le cadre de la doctrine anatomico-physiologique que j'ai exposée.

L'ophthalmie irritable de M. Middlemore est évidemment une blépharite diphthéritique, une kératite ulcéreuse, ou une rétinite. L'ophthalmie érysipélateuse n'est qu'une conjonctivite oculo-palpébrale, ou bien un érythème cutané des paupières. L'ophthalmie morbilleuse appartient aussi à la conjonctivite oculaire, tandis que l'ophthalmie scarlatineuse devient assez souvent une kératite, et même une kératite ulcéreuse. C'est à la blépharite, à la conjonctivite ou à la kératite, et quelquefois à ces trois variétés qu'appartient l'ophthalmie varioleuse. Quant à l'ophthalmie dartreuse, elle fera partie des blépharites ciliaires, glanduleuses, ou de la conjonctivite, selon qu'on en prendra la description dans tel ou tel auteur. L'ophthalmie des femmes en couches est une conjonctivite oculo-palpébrale avec tendance à l'ophthalmie. L'ophthalmie menstruelle, l'ophthal-

(*) Cet article forme le complément de mon *Mémoire sur les ophthalmies*, inséré dans le volume IV de ces *Annales*.

mie hémorrhoïdale, veineuse, sont des nuances de la choroïdite, de l'iritis ou des accompagnements de quelque autre affection profonde du globe de l'œil. Les symptômes de l'ophthalmie dite *arthritique* ne se rapportent pas tous à la même espèce de phlegmasie ; le mucus écumeux appartient à la blépharite glanduleuse diphthéritique ; l'état bleuâtre de la sclérotique, et variqueux de la conjonctivite, indique une maladie de la choroïde ; le cercle gris qui entoure la cornée et la zone radiée de la sclérotique sont des symptômes de l'iritis ; si bien que tous ces éléments enflammés à la fois d'une manière aiguë conduisent, en effet, facilement à la fonte de l'œil.

L'ophthalmie rhumatismale rentrerait en entier dans la sclérotite ; mais j'ai fait voir que l'inflammation désignée sous le titre de *sclérotite* par les ophthalmologistes, ne pouvait point être conservée sous ce titre ; qu'on avait pris pour telle certains degrés ou certaines variétés, soit de la kératite, soit de l'iritis. L'ophthalmie rhumatique est donc une iritis simple quand il y a zone vasculaire radiée autour de la cornée, dans la sclérotique, sans larmoiement ni photophobie intenses. Si la zone vasculaire de la sclérotique n'est point interrompue par le cercle dit *arthritique*, il y a décidément kératite, et kératite ulcéreuse s'il existe en même temps de l'épiphora et de la photophobie très-prononcée.

Tout ici s'explique de la manière la plus rationnelle. Jamais je n'ai vu le larmoiement et la photophobie intenses sans que la surface antérieure de la cornée fût altérée ; s'il y a simplement trouble, suffusion, aspect sale de cette membrane, la photophobie, le larmoiement sont ordinairement modérés, et l'anneau de la sclérotique peut être incomplétement développé. De là, sans aucun doute, l'ophthalmie granuleuse de M. Lepelletier, et l'état dont M. Sichel consent à faire une kératite. Quand l'anneau arthritique est très-prononcé, en même temps que la zone vasculaire du voisinage est un peu pâle, c'est que l'iris est principalement affecté. On peut, d'ailleurs, voir à ce sujet ce que j'ai dit de la kératite et de l'iritis, dans le *Dictionnaire de médecine*.

Nous trouverons l'ophthalmie scrofuleuse dans la conjonctivite partielle, la conjonctivite angulaire ou la conjonctivite papuleuse, lorsque la photophobie, le larmoiement et le blépharospasme n'accompagnent point cette prétendue ophthalmie spécifique. Toutes les fois, au contraire, qu'il existe en même temps de l'épiphora, une crainte vive de la lumière, une contraction spasmodique des paupières, c'est à la kératite ou à l'iritis, mais principalement à la

kératite ulcéreuse, qu'il faut songer. Si les praticiens frappés de ces phénomènes n'ont aperçu que la sclérotite ou une conjonctivite partielle, s'ils ont cru devoir les rapporter à une constitution spéciale, c'est que la difficulté d'examiner le devant de l'œil ne leur aura pas permis de constater les altérations dont la cornée est alors constamment le siége. On doit d'autant mieux leur pardonner cette méprise, que chez les enfants où ils croient rencontrer si souvent l'ophthalmie scrofuleuse, les ulcères de la cornée, qu'ils soient de nature plastique, ulcéreuse, en bothrion, en coup d'ongle, papuleux ou en forme de nuage, échappent très-facilement à l'attention de l'observateur. L'affection eczémateuse de la lèvre supérieure ou de l'ouverture des narines qui accompagne si souvent cette ophthalmie, et qui en est parfois le point de départ, s'explique aussi quand elle en devient la conséquence, par le coryza déterminé par le passage des larmes irritantes de l'œil dans l'intérieur du nez ; mais ce symptôme qui s'observe, et chez les enfants de constitution sanguine, et chez les sujets de constitution lymphatique, se rencontre aussi chez les adultes de tempéraments divers ; encore faut-il ajouter que l'engorgement des glandes sous-maxillaires ou parotidiennes qu'on a donné en pareil cas comme preuve de l'ophthalmie scrofuleuse, est tout simplement la conséquence de l'état inflammatoire de l'œil, des fosses nasales ou de la lèvre ; en sorte que la kératite, et particulièrement le kératite ulcéreuse, rend parfaitement compte de tout ce qui a été décrit sous le titre de *d'ophthalmie scrofuleuse.*

Quant à l'ophthalmie catarrhale, on en trouve tous les caractères dans la conjonctivite. La conjonctivite angulaire constitue le taraxis de M. Weller, et de quelques autres oculistes allemands ; tandis que le taraxis des anciens et de plusieurs modernes, est le premier degré de la conjonctivite diffuse. L'ophthalmie catarrhale ordinaire est représentée par la conjonctivite du second et du troisième degrés. Les ophthalmies catarrhales intenses de toute l'école allemande, et que l'auteur de l'article CONJONCTIVITE du Dictionnaire de médecine adopte pleinement, sont aussi des conjonctivites, mais des conjonctivites spécifiques, dont la cause intime reste encore à dévoiler. On a de la sorte une conjonctivite purulente des nouveaux-nés, qui a son point de départ dans la conjonctive palpébrale, une conjonctivite purulente épidémique, dont le principe est entièrement ignoré, une conjonctivite purulente d'Égypte, et une conjonctivite purulente blennorrhagique.

On voit donc qu'en tenant compte des éléments anatomiques

qui sont spécialement envahis par l'inflammation, en même temps que du degré et de l'étendue de la maladie, il est parfaitement inutile d'embarrasser la science des dénominations spécifiques proposées dans ces derniers temps à l'occasion des ophthalmies.

Non-seulement on peut réduire ainsi à leurs éléments rationnels les ophthalmies spécifiques simples, mais encore toutes les ophthalmies spécifiques ou spéciales combinées ou composées. Par exemple, associez une conjonctivite à une maladie quelconque de la choroïde, et vous aurez l'ophthalmie catarrho-abdominale; une iritis avec choroïdite constituera l'ophthalmie rhumatismo-arthritique, la kératite unie à la conjonctivite, produira l'ophthalmie catarrho-rhumatismale; une kératite ulcéreuse avec conjonctivite produira ou constituera l'ophthalmie scrofulo-catarrhale, ou l'ophthalmie catarrho-scrofuleuse; et ainsi de suite pour les autres. C'est qu'en effet, s'il est vrai, et j'en donne chaque jour la preuve depuis 1830 dans les hôpitaux, que tous les éléments constitutifs de l'œil peuvent être isolément le point de départ des ophthalmies, s'il est constant que l'inflammation se présente avec des caractères particuliers dans chacun de ces tissus, on conçoit à combien d'espèces de nuances variées d'ophthalmie peuvent donner lieu les inflammations diverses de la peau, des follicules ciliaires, de la conjonctive, des glandes de Méibomius et des tissus interposés des paupières, de la conjonctive, de ses follicules et du tissu cellulaire sous-jacent sur le devant de l'œil; de la cornée prise à sa face antérieure, à sa face postérieure ou dans son tissu propre; de l'iris, soit en avant, soit en arrière, soit dans son parenchyme; de la choroïde, de la rétine, du corps vitré, de l'appareil cristalloïde. Avec tant de variétés naturelles qui doivent nécessairement s'associer, se combiner, se confondre souvent les unes avec les autres, est-il surprenant que tant d'hommes adonnés à la pratique et dominés, d'ailleurs, par des idées théoriques d'un autre âge, aiment mieux créer des entités imaginaires que de raisonner d'après la stricte et minutieuse observation de la nature!

Traitement des ophthalmies dites spécifiques.

La peine qu'on s'est donnée en établissant des ophthalmies spécifiques, n'avait pas seulement pour but d'arriver à un diagnostic plus précis des inflammations de l'œil; on voulait, en outre, arriver par là à une thérapeutique plus rationnelle; mais sur ce

point, comme sur tout le reste, la science n'a presque rien gagné aux travaux de M. Sichel, et les partisans de la spécificité des ophthalmies n'ont pas été très-heureux dans leur traitement particulier. Ils ne s'entendent pas plus, d'ailleurs, sur ce chapitre, que les autres pathologistes.

§ I. — D'après M. Lawrence, par exemple (p. 150 à 152), c'est l'eau tiède et les fomentations avec la décoction de pavot qui conviennent dans *l'ophthalmie catarrhale*, et il est inutile alors de couvrir l'œil enflammé. Dans cette espèce, M. Weller, dont la thérapeutique est beaucoup plus compliquée, emploie, selon les cas, ou successivement, les sangsues, l'eau froide, des sachets aromatiques, la solution de pierre divine, d'opium, de sublimé, de sulfate de zinc, et les pommades astringentes, en même temps qu'il donne le calomel, qu'il applique des vésicatoires derrière les oreilles, qu'il tient le malade à un régime doux (p. 120 à 124). M. Mackensie, qui en repousse les remèdes généraux énergiques, admet l'utilité des laxatifs, des sudorifiques, des vésicatoires au cou (p. 334), vante, comme Beer, les collyres stimulants, le collyre au sublimé ou au nitrate d'argent, par exemple, mais non l'acétate de plomb ni le sulfate de zinc qu'il repousse comme nuisibles (p. 335) dans le traitement de l'ophthalmie catarrhale. Puis nous voyons M. Carron du Villards recommander, comme Vetch, M.M. Guthrie, Lloïd, Gensoul, Pamard, Serre, dans les cas graves, la salivation mercurielle et la cautérisation, quand son collyre à la suie ne suffit pas (*Guid. prat.*, p. 21 à 24). Pour M. Sichel (p. 740), le traitement des ophthalmies catarrhales ne réclame que trois choses : des collyres astringents, des sudorifiques et des révulsifs internes et externes. Or, il est évident que la confusion établie par ces auteurs tient à ce que, au lieu de traiter tous la même maladie, comme ils l'ont cru, leur médication s'est adressée à des inflammations de tissus différents. Il est certain, en effet, que l'ophthalmie dite *catarrhale simple*, qui n'est qu'une conjonctivite, n'a besoin ni des mercuriaux, ni des purgatifs, ni des sudorifiques, ou même des vésicatoires proprement dits ; si elle est intense, la solution du nitrate d'argent avec les émissions sanguines; si elle est purement locale et modérée, la solution de nitrate d'argent seule suffisent. Les purgatifs ne sont indiqués, que si les voies digestives paraissent embarrassées. Les exutoires ne conviennent que pour les conjonctivites très-anciennes, ou qui tendent sans cesse à se reproduire. Quant aux conjonctivites purulentes, il est certain que la cautérisation vantée par M. Carron du Villards est un excellent remède, que les mercu-

riaux à haute dose peuvent avoir leur efficacité ; mais il l'est aussi, que ce ne serait ni avec des sudorifiques, ni avec des vésicatoires, ni avec des simples collyres astringents, qu'on en triompherait dans les espèces blennorrhagiques, d'Égypte, de Belgique, des nouveau-nés. En pareil cas, les collyres froids, mucilagineux, opiacés, saturnins ; le calomel uni au jalap, vantés par Franck, Rust, Muller et autres ; les cataplasmes safranés de M. Larrey ; l'émétique à doses nauséeuses comme le veut M. Adams, le jus de citron qu'emploient les nègres ; l'urine, l'eau de mer, usitées en Égypte (Mackensie, p. 358) ; les saignées jusqu'à la syncope, tentées par Vetch, des saignées de soixante, de soixante douze onces à la fois, comme le veut Peach, les saignées de cinquante onces, comme les conseille Farrel, aidées des astringents et des topiques froids, comme dans la pratique de Savaresi et de Mackensie, ne suffisent point pour arrêter l'ophthalmie d'Égypte ; M. Schort, qui a tiré deux cents onces de sang, n'a point triomphé de la maladie ; ici même les scarrifications de la conjonctive que préfère Edmonston, la teinture d'opium en topique, et une foule d'autres médications que relate et que rejette avec raison M. Middlemore (p. 137 a 145), sont également insuffisantes, à moins qu'on n'y ajoute les ponctions répétées de la sclérotique conseillées par Whyte, ou bien la cautérisation avec le nitrate d'argent, si ce n'est au moins la solution de quatre à dix grains de ce caustique par once d'eau vantée par Ridgway, Millen, Mackensie et tant d'autres. C'est à la dose de ʒ ij par ℥ j d'eau, que M. Wood (*London Gazette*, novembre 1838), et Cunier (*Bulletin médical belge*, 1838) à l'instar de MM. Yreland et Kennedy (Carron du Villards, *Guide pratiq.* etc., t. II, p. 48), emploient le nitrate d'argent dans les cas d'ophthalmie purulente.

S'en tenir aux moyens simples dans l'ophthalmie catarrhale ne suffirait certainement point. Quand il s'agit de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, de l'ophthalmie blennorrhagique et des ophthalmies épidémiques, en général, une solution d'un à quatre grammes de nitrate d'argent par trente grammes d'eau distillée, réussit alors merveilleusement ; c'est ce que j'ai expérimenté de plus positivement utile en pareil cas. Je renvoie donc en définitive pour ce qui concerne le traitement de l'ophthalmie catarrhale, à ce que j'ai dit des différentes nuances de la conjonctivite oculaire.

§ 2. — *L'ophthalmie scrofuleuse* est une de celles qui ont paru la plus embarrassante quant à son traitement ; ainsi, les uns l'attaquent, avec Benedict, par la saignée et les ventouses ; d'autres, avec

M. M. Juengken et Dieffenbach, lui opposent des topiques froids. M. Carron (p. 94 à 98) la traite, comme Scarpa, par les purgatifs (p. 98), et en éloigne avec soin les collyres, les irritants.

Le traitement de cette ophthalmie pour M. Weller, se compose de laxatifs mercuriels, d'éthiops antimonial, de muriate de baryte, de topiques opiacés, d'onguent mercuriel autour de l'orbite, ou d'un emplâtre stibié à la nuque. Les bains, les sangsues, ne sont point admis ici par l'auteur, et l'on voit que Dzondi combattait la photophobie, en pareil cas, à l'aide de l'extrait de ciguë (Weller, p. 187 à 194). Si de là nous passons à M. Mackensie, nous trouvons une tout autre thérapeutique. Cet auteur, qui vante les vomitifs, les purgatifs, le sulfate de quinine, les vésicatoires et la pommade stibiée (p. 392-398), mais qui n'admet qu'avec réserve la saignée et les sangsues (p. 392), ne repousse ni le collyre au nitrate n'argent, ni la pommade au précipité rouge, ni l'extrait de belladone, quand l'irritation est amoindrie (p. 399-400). Le vin d'opium en topique et les ponctions de la cornée lui paraissent indiquées quand il y a kératite scrofuleuse (p. 421).

M. Middlemore, qui n'a point confiance non plus dans les émissions sanguines (p. 272), prescrit le mercure à petites doses en général, ou même à hautes doses si les tissus profonds se prennent (p. 275-277). Les émétiques, les diaphorétiques lui ont paru plus nuisibles qu'utiles (p. 278), et il n'a rien obtenu des préparations d'iode (p. 290). Le séton, le cautère, le vésicatoire, que blâme Rowley, sont pour lui, comme pour Wismann, Sauvages, Welbanck, Léveillé, Edmonston, MM. Travers, Lawrence, Mackensie, des moyens avantageux (p. 286-287). M. Middlemore recommande en outre, le vin d'opium et la solution au nitrate d'argent comme topique (p. 292 à 294). M. Lawrence (p. 208 à 215), qui, comme Weller, vante les lotions chaudes, la décoction de têtes de pavot et de camomille; et les cautères aux tempes, en même temps qu'il repousse le nitrate d'argent du traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, est, comme on voit, en contradiction formelle avec MM. Middlemore et Mackensie. Après les émissions sanguines, les purgatifs, les mercuriaux et les révulsifs cutanés, M. Sichel insiste pour qu'on ait recours à ce qu'il appelle des *anti-lymphatiques*. C'est sans doute aux antimoniaux, aux préparations d'iode ou de baryte, aux alcalins et aux toniques, qu'il applique cette dénomination. Quant aux topiques, il n'en dit pas un mot en résumant la thérapeutique des ophthalmies scrofuleuses (p. 741).

Il est aisé de voir que la théorie a perverti ici la pratique : le traitement des ophthalmies, dites *scrofuleuses*, est le même que celui de la conjonctivite, de la kératite ou de l'iritis ; il doit par conséquent varier selon le tissu enflammé au lieu d'être administré d'une manière générale d'après un principe imaginaire. Par exemple, s'il n'y a que de la conjonctivite partielle ou angulaire, ou même papuleuse, le nitrate d'argent en solution suffit, et, à moins de dérangement constitutionnel particulier, les moyens généraux sont inutiles. Lorsqu'il y a en même temps kératite, si la cornée n'est enflammée qu'à sa surface, le même traitement réussit encore. Existe-t-il des ulcères ? une ou deux saignées quand le sujet est sanguin, des sangsues derrière les oreilles s'il est délicat, de petits vésicatoires volants sur le front, le calomel à petites doses par la bouche, sont indiqués, en même temps que la solution de nitrate d'argent est employée en collyre. Lorsque l'iris est pris, les collyres stimulants sont inutiles ; on les remplace par la pommade mercurielle belladonée en frictions autour de l'orbite, ou par les collyres laudanisés et belladonés, en même temps que les saignées et le calomel sont prescrites à haute dose.

Si la constitution a besoin d'être modifiée, on sent que ce n'est pas en quelques jours qu'on peut le faire, et tout le monde sait aujourd'hui que c'est plutôt à l'aide d'un régime substantiel, de l'habitation à la campagne, et d'exercices physiques, qu'avec de l'iode, de la baryte, de l'antimoine ou des alcalins, qu'on peut changer la constitution lymphatique d'un sujet. Aussi est-ce en traitant de la *kératite* et de *l'iritis*, que je me suis occupé, des détails du traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, détails sur lesquels je ne pense revenir ici.

§ III. — Une des ophthalmies spécifiques dont la thérapeutique est le moins avancée, est, sans contredit L'OPHTHALMIE ARTHRITIQUE, que Demours décrit déjà (p. 81). Comme elle passe pour menacer promptement les fonctions de l'œil, les autres proposent, en général, de la traiter énergiquement. Weller, par exemple, veut qu'on lui oppose la saignée, les purgatifs, des sinapismes aux pieds, le laudanum de Sydenham, le quinquina à l'intérieur, puis des opiacés et des serviettes chaudes à l'extérieur (p. 148-149). Cette médication, adoptée aussi par M. Stoeber (p. 223 à 228), forme également le fond de la thérapeutique vantée par M. Sichel. Ce praticien, en effet, recommande le traitement antiphlogistique le plus actif, l'usage des opiacés à l'intérieur, et en topiques ; puis, vers la fin, des exutoires puissants. Quant à régulariser la circulation veineuse, à stimuler les sécrétions

abdominales par le moyen des saignées révulsives, des aloétiques, des sulfureux, des emménagogues, et des anti-arthritiques, comme le prescrit l'auteur (p. 741), il est évident, que c'est retomber dans le vague des suppositions et diriger des moyens médicamenteux contre un fantôme dont rien aujourd'hui ne justifie l'admission dans la science. Si l'ophthalmie dite *arthritique*, existait chez un goutteux, nul doute qu'il ne fallût combattre la goutte elle-même pendant d'attaquer l'ophthalmie. Mais comme l'inflammation oculaire en question est ordinairement la seule raison qu'on invoque en faveur d'une constitution arthritique, et qu'il est constant aujourd'hui, d'un autre côté, que par malheur la médecine ne possède encore aucun remède efficace contre la goutte réelle, on ne voit pas ce qu'il y aurait à faire de particulier dans le traitement de l'ophthalmie dite arthritique.

Envisagée sous le point de vue anatomique, cette ophthalmie qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, n'est, en général, qu'une choroïdite ou une iritis, si ce n'est l'ombre d'une maladie organique ou profonde de l'œil, ne présente pas non plus beaucoup de prise à la thérapeutique. Je l'ai traitée d'après les indications qui se présentaient tantôt par la saignée du bras, tantôt par la saignée au siége, tantôt par les sangsues autour de la tête, d'autres fois par les révulsifs externes, souvent par les purgatifs ordinaires, quelquefois par l'émétique et par le calomel à haute dose, puis à l'aide des collyres laudanisés et de la pommade mercurielle opiacée. Il m'est arrivé fréquemment, en outre, de soumettre les malades qui en étaient atteints à l'usage de la teinture de colchique. Or, j'ai vu que tous ces moyens employés séparément ou combinés selon l'indication, pouvaient amener de bons résultats. Je dois seulement avouer que les préparations de colchique ne m'ont guère satisfait, et que je les ai toujours trouvées d'un effet trop infidèle pour m'engager à ne pas leur préférer les purgatifs ordinaires. Les aloétiques, la poudre de Dower et quelques autres remèdes anti-arthritiques, ne m'ont procuré aucun avantage manifeste; leur vogue, en pareil cas, ne peut s'expliquer que par l'idée que certains auteurs se sont faite de la maladie, idée qui, dans les hôpitaux moins que partout ailleurs, peut être admise, attendu que sur cinquante exemples d'ophthalmie dite *arthritique*, qui s'observent dans ces asiles, il n'y en a certainement pas deux qui appartiennent à de véritables goutteux. Du reste, on conçoit que si les phénomènes attribués à l'ophthalmie arthritique sont entretenus par quelque lésion organique, soit de la choroïde, soit de l'intérieur de l'œil, les remèdes dont j'ai parlé resteront sans efficacité. J'avouerai de plus

que le groupe de symptômes indiqués sous ce titre exige de nouvelles recherches, et des observations bien faites.

§ IV. — *L'ophthalmie rhumatismale* est une de celles qui ont le plus influé sur les déterminations de la pratique au point de vue de la spécificité du mal. M. Lawrence, qui repousse à ce sujet les médic - tions vantées en Allemagne (p. 202-203), n'en propose pas moins, comme on l'a fait depuis chez nous, à titre de spécifique ou de moyen puissant, les préparations de colchique. La thérapeutique de M. Weller est une des plus compliquées. Ce praticien conseille à la fois ou successivement la saignée générale, les sangsues au grand angle de l'œil, les sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, lé tartre stibié, les laxatifs, le calomel, le soufre doré d'antimoine, le gayac, l'aconit, le camphre, l'arnica, le polygala, la ciguë, la douce amère à l'intérieur (p. 141); en même temps qu'il fait des frictions sur le front avec de l'opium, qu'il se sert de sachets aromatiques secs, qu'il emploie des exutoires à demeure, et qu'il conseille les collyres avec le laudanum ou la pierre divine quand l'ophthalmie est accompagnée d'ulcères. M. Wardrop, qui blâme les émissions sanguines, est combattu là-dessus par M. Mackensie (p. 410), qui vante beaucoup quant à lui, le calomel mêlé à l'opium à la dose d'un décigramme chaque matin, et qui se loue en même temps des frictions opiacées sur le front, des vésicatoires, de la belladone, des purgatifs et des sudorifiques (p. 411), mais qui regarde le nitrate d'argent, et tous les autres topiques, comme nuisibles. C'est aussi l'opinion de M. Stoeber (p. 221), qui soutient que dans l'ophthalmie rhumatismale toutes les substances liquides nuisent. M. Sichel, qui tient le même langage que M. Mackensie, se loue beaucoup, en outre, des préparations antimoniales et de colchique.

Les nombreux essais que j'ai faits de tous ces remèdes, me permettent de dire que l'ophthalmie rhumatismale, autrement dite la kératite et l'iritis, trouvent leur remède dans les émissions sanguines abondantes et répétées, dans l'emploi du calomel à haute dose, puis des vésicatoires volants sur le front ou sur les paupières et les collyres ou les pommades opiacées, belladonées. Le soufre doré d'antimoine, les sudorifiques, la teinture de bulbe ou de semences de colchique, ne jouissent que d'une efficacité très-contestable, tandis que le calomel donné à la dose d'un décigramme, matin et soir, ou répété six ou huit fois par jour, manque rarement d'arrêter la maladie à partir du moment où la salivation s'établit. Les saignées coup sur coup, c'est-à-dire matin et soir avec application de sangsues dans le milieu

du jour, répétées ainsi deux ou trois jours de suite, d'après la formule de mon collègue M. Bouillaud, réussissent à peu près aussi bien quand la maladie en est encore à sa première période. Du reste, il est très-vrai que les collyres astringents et les pommades anti-ophthalmiques ne conviennent point ou que très-peu alors; mais il est faux que les collyres émollients, que les liquides laudanisés ou belladonés soient nuisibles. J'ai en outre prouvé une infinité de fois, à l'hôpital de la Charité, que la solution de nitrate d'argent était fort utile dans la prétendue ophthalmie rhumatismale accompagnée d'ulcérations de la cornée, ou de conjonctivite. Quant au séton, au cautère, au vésicatoire et aux sinapismes, ils ne sont pas plus à négliger dans ce genre d'ophthalmie que dans les autres. Je dirai même que la lésion étant plus persistante, il y a indication de s'en servir dès que la maladie semble résister aux autres moyens employés seuls.

§ V. — De toutes les ophthalmies dites *spécifiques*, l'ophthalmie *vénérienne* est en réalité la seule dont le traitement soit à peu près le même pour tous les praticiens. Aussi, on la combat par des émissions sanguines générales et locales, par des topiques émollients, de la pommade mercurielle autour de l'orbite, puis par les remèdes spécifiques de la syphilis à l'intérieur.

Quant aux autres variétés d'ophthalmie spécifique, il est, je pense, complétement inutile d'en examiner à part le traitement. Cautériser les pustules du bord libre des paupières ou du devant de l'œil dans l'ophthalmie varioleuse, employer les pommades anti-ophthalmiques dans l'ophthalmie herpétique, avoir recours aux collyres styptiques, en même temps qu'on s'occupe de la maladie générale dans les ophthalmies morbilleuses, scarlatineuses, est tout ce qu'il y a d'utile à rappeler sur ce point; et je présume que M. Sichel était distrait par d'autres pensées, lorsqu'il a sérieusement conseillé les *anti-gastriques* (page 740), contre la prétendue ophthalmie érysipélateuse.

Résumé sur les ophthalmies spécifiques. — Si de cette discussion le lecteur était porté à conclure que je repousse d'une manière absolue toute idée de spécificité dans les ophthalmies, c'est que j'aurais mal rendu ma pensée. J'ai de tout temps été convaincu qu'une infinité d'inflammations se trouvent profondément influencées par la nature de leurs causes. Cette conviction a été exprimée par moi, dès l'année 1823 : « La spécificité du mode d'inflammation, disais-je alors, imprime à chaque inflammation un caractère tellement important à connaître et à distinguer, que l'innocuité, le choix

et le succès de la médication, sont basés sur cette distinction, souvent difficile, minutieuse, et qui, dans bien des cas, ne se trouve pas même indiquée » (thèse inaugurale, p. 15). Je pourrais même à cette occasion réclamer pour moi l'idée principale des doctrines qu'on a cherché à étendre depuis sur la spécificité des maladies. Ainsi, ce n'est pas la spécificité des ophthalmies en elle-même que je repousse, mais bien la manière dont on l'envisage en ce moment. Si j'accorde que les inflammations puissent être modifiées par la nature de leurs causes ; je soutiens, d'un autre côté que les recherches auxquelles on s'est livré, dans ces derniers temps pour le démontrer, sont complétement en dehors de la question.

Pour moi, la spécificité de la phlegmasie se trouve dans l'agent, quel qu'il soit, de l'inflammation. J'admets dès lors une ophthalmie syphilitique, une ophthalmie blennorrhagique, parce qu'il est prouvé que ces ophthalmies sont produites chacune à leur manière par un principe morbifique particulier. Je suis porté à croire que l'ophthalmie belge, d'Égypte, des nouveau-nés même, que les ophthalmies épidémiques en général, sont aussi des ophthalmies spécifiques, parce que de nombreuses raisons indiquent qu'il y a là un principe spécial comme cause déterminante de la maladie; mais je n'admets point au même titre les ophthalmies arthritique, rhumatique, catarrhale, scrofuleuse, érysipélateuse, abdominale, etc., parce que rien ne prouve que les maladies ainsi désignées soient entretenues par un *agent* morbifique particulier.

Ce n'est pas à dire même, sous ce dernier point de vue, que je rejette comme impossible, l'influence des constitutions érysipilateuses, scrofuleuses, etc., sur les ophthalmies dont les sujets ainsi modifiés, peuvent être pris ; je soutiens seulement qu'alors il y a des ophthalmies de telle ou telle sorte chez les scrofuleux, chez les rhumatisants, chez les goutteux, chez les érysipilateux, etc., et non pas des ophthalmies scrofuleuses, goutteuses, rhumatismales, etc., ayant des caractères locaux à part. J'ajoute que les êtres ainsi constitués sont exposés comme les autres, et chacun en particulier, à tous les genres possibles d'ophthalmie, au lieu de n'en présenter ordinairement que d'une espèce.

Si ces différences dans la manière d'interpréter les choses n'étaient que des jeux de mots, je me serais gardé de les discuter si longuement; mais il suffit d'y réfléchir un instant pour être immédiatement frappé de l'influence fâcheuse que d'aussi fausses doctrines que celles auxquelles je m'adresse, exercent sur les progrès de la science. Et

d'abord, qui ne voit qu'ayant posé en principe, comme vérité démontrée, la spécificité du rhumatisme ou des scrofules, le praticien va diriger toute son attention sur la manière dont se développe la maladie, les tissus qu'elle affecte de préférence, les dangers qu'elle entraîne et le traitement qui peut lui convenir d'après cette idée. Le voilà en conséquence qui passe son temps à faire une entité spéciale de l'ophthalmie, qu'il a nommée *rhumatismale*, qui expérimente les prétendus spécifiques du rhumatisme, qui s'attache à prouver que cette ophthalmie a des caractères tout spéciaux, et que, pour la guérir, il faut la traiter par les rémèdes anti-rhumatismaux. Or, s'il est vrai, comme il est difficile de le révoquer en doute aujourd'hui, que le rhumatisme n'ait rien de spécifique dans sa cause, n'est-il pas évident aussi que tous les efforts dont je viens de parler portent à faux, et que les expérimentations dirigées par de semblables idées, se consument en travaux nécessairement stériles.

Au demeurant donc, et pour ce qui concerne les ophthalmies spécifiques ou spéciales en général, voici comment j'en entends la médication :

1° Pour celles qui sont réellement spécifiques, je ne vois rien à combattre dans les idées émises à leur égard. Attaquer l'état inflammatoire par les moyens anti-phlogistiques généraux et locaux, avec une énergie variable selon l'intensité du mal, puis recourir au remède spécifique s'il est connu, ou bien à ceux dont l'efficacité a été le mieux sanctionnée par l'expérience. Ainsi, dans l'ophthalmie vénérienne, les émissions sanguines, quelques opiacés si les douleurs sont vives, puis le traitement mercuriel, comme s'il s'agissait de chancres au gland, ou de bubons dans l'aîne.

2° Pour les ophthalmies qui tirent leur nom de la constitution présumée du sujet, il faut s'y prendre d'une autre façon. Ici la maladie de l'œil doit être traitée d'après le tissu enflammé, le degré, l'étendue, l'intensité de l'inflammation, comme s'il s'agissait de tout autre individu : si la constitution générale est viciée ou détériorée, il est tout simple de chercher à la modifier, à l'améliorer. Dans l'ophthalmie dite *scrofuleuse*, par exemple, je traite ou la conjonctivite, ou la kératite, soit simple, soit ulcéreuse, ou l'iritis, ou la blépharite, abstraction faite de toute idée relative à la constitution organique ; et à titre d'ophthalmie, de maladie locale. Si le malade est réellement doué d'une constitution lymphatique prononcée, si surtout cette constitution est déjà accompagnée de lésions réelles, soit dans le système lymphatique lui-même, soit dans quelques-uns des organes où la vie

est le moins active, je songe, comme les autres praticiens, au régime fortifiant, à quelques boissons amères, aux moyens gymnastiques et à toutes les autres conditions hygiéniques généralement recommandées, sans même négliger les préparations d'iode ou de baryte, quoique je ne leur accorde guère de confiance, et que pour moi les meilleurs anti-scrofuleux soient des aliments fibrineux, du vin rouge, un climat chaud, des exercices physiques, et le temps. Si avec les caractères anatomiques et physiologiques locaux de cette ophthalmie, je ne trouve, dans le reste de l'économie du sujet, aucun autre signe, soit de la constitution lymphatique exagérée, soit du rhumatisme, soit de la goutte, je mets complètement de côté le traitement général, en tant que médication spéciale. En d'autres termes, j'ai toujours à traiter dans ces ophthalmies, des blépharites, des conjonctivites, des kératites, des iritis, ou quelques autres maladies, encore mal connues, de l'intérieur de l'œil, et j'associe au traitement de chacune de ces inflammations, les moyens généraux que semblent réclamer l'état de santé ou la constitution particulière de l'individu. Ce qui ramène complétement sous ce point de vue, les inflammations de l'œil dans le cadre de toutes les autres inflammations auxquelles les différents organes de l'homme sont exposés.

BIBLIOGRAPHIE.

—

DIE BLENNORRHOE AM MENSCHENAUGE. (DE LA BLENNORRHÉE OCULAIRE DANS L'ESPÈCE HUMAINE.) *Mémoire couronné par la Société des médecins allemands de St-Pétersbourg;* par Joseph Fr. Piringer, docteur en médecine et en chirurgie, médecin ordinaire de l'infirmerie et de la division des maladies oculaires à l'hôpital de Gratz, membre correspondant de la Société de médecine de Vienne. Gratz. 1840. XVIII — 442 pages. Bruxelles, chez C. Muquardt.

Analyse par M. le docteur Fallot.

Animé du noble désir de concourir dans la sphère de son pouvoir à dissiper l'incertitude qui régnait sur la valeur et le traitement de l'*ophthalmie,* dite *égyptienne* ou *des armées,* et que les nombreux

écrits qu'on voyait surgir de toutes parts semblaient accroître au lieu de diminuer, un philantrophe, habitant la Russie, proposa, en 1836, un prix de 1,000 roubles à décerner au meilleur travail sur la matière qui serait envoyé à un concours, dont il institua juge la Société des médecins allemands de St-Pétersbourg.

Deux mémoires seulement y parurent; aucun d'eux ne sembla digne du prix. La question considérée comme non suffisamment résolue, fut prorogée à l'année 1839. Nous ignorons si alors le nombre des concurrents fut plus considérable, mais nous savons par la préface d'un mémoire que Burkard Eble, chirurgien-major autrichien en retraite, livra à l'impression en 1838, qu'après avoir concouru sans succès une première fois, il ne voulait pas tenter une nouvelle chance et qu'il appelait au tribunal du public d'une décision à laquelle il ne croyait pas devoir souscrire. Nous achevions une analyse *critique* détaillée de ce travail, quand la nouvelle de la mort de son auteur nous parvint. Des raisons de convenance qui seront facilement appréciées, nous décidèrent à en faire le sacrifice. On sait la polémique qu'il engagea avec nous dans les derniers jours de sa vie et que nous n'aurions certainement pas désertée s'il avait pu la continuer lui-même. Mais de quel intérêt auraient pu être une discussion à laquelle un parti seul aurait pris part et des objections qui seraient restées sans réponse ?

Quoi qu'il en soit, l'important travail à l'examen duquel nous allons nous livrer avec détail, fut envoyé au deuxième concours. N'ayant pas été écrit pour une semblable destination, moins encore pour cette occasion spéciale, il ne pouvait satisfaire complétement aux exigences du programme et il n'obtint que la moitié du prix. Nous n'avons aucune qualité pour faire le procès à ce jugement, mais nous croyons pouvoir affirmer sans crainte de rencontrer des contradicteurs, que, si des recherches longues et laborieuses, des faits nombreux et intéressants, des rapprochements neufs et piquants, eussent suffi pour mériter le prix intégral, il eût été acquis de plein droit à l'auteur.

L'ouvrage s'ouvre par quelques considérations générales sur la structure de la conjonctive. L'auteur envisage le corps papillaire comme une réunion de glandules sécrétoires, et, loin de la renfermer dans d'aussi étroites limites que le font d'autres anatomistes, il lui donne pour siége toute l'étendue de la conjonctive, aussi bien son feuillet sclérotical et même son expansion cornéenne que sa portion palpébrale. Nous avons longtemps professé cette même opinion qui

nous semblait justifier l'existence permanente chez nos ophthalmiques de nombreuses granulations dans l'intervalle qui sépare le cartilage tarse de la rainure oculo-palpébrale et que nous considérions comme une métamorphose des papilles. Nous cherchions à nous mettre ainsi à l'abri d'une contradiction qui nous avait frappé à la lecture de plusieurs ouvrages récents, et qui consiste à limiter dans les *considérations anatomiques*, l'existence du corps papillaire à la surface des cartilages tarses, en arrière desquels il ne s'étendrait qu'à une ligne ; à décrire dans *la partie séméïologique* les granulations comme placées spécialement à la paupière inférieure entre le bord postérieur de ce cartilage et le globe de l'œil ; et à soutenir dans la partie *physiologico-pathologique*, que ces granulations ne sont formées que par un état hypertrophique des papilles ; de façon que la maladie aurait grossi des papilles dans des endroits où elles n'existent pas. Mais les belles injections que M. Loiseau a faites en notre présence et l'étude plus approfondie à laquelle nous avons livrées avec lui des altérations de texture que l'ophthalmie contagieuse produit dans les paupières, nous ont ramené à une opinion différente. En effet, nous nous sommes assuré, d'une part, que par ces injections on peut produire à volonté des granulations sur les cartilages tarses des muqueuses les plus saines et non au-delà ; d'une autre, que les granulations situées en arrière de ces cartilages n'ont pas la même organisation que celles qui sont situées dessus, qu'elles sont creuses, translucides, de forme variable, tandis que ces dernières sont toujours compactes, opaques, sphériques. Mais ce n'est pas seulement par l'aspect que ces deux ordres de granulations se distinguent, c'est aussi par l'époque de leur apparition. Depuis qu'on fait des observations sur des recrues et d'autres individus qui n'ont jamais souffert d'aucune ophthalmie, on a eu l'occasion de constater que le plus communément, elles se développent en très-petit nombre, mais toujours dans leur endroit d'élection, avant l'altération des papilles, et que celle-ci ne survient même que lorsque les vésicules elles-mêmes s'échauffent, se durcissent, que leur surface se vascularise, qu'elles présentent en un mot des signes d'irritation. Un autre fait, non moins important, c'est celui consigné dans ce journal par M. le médecin de régiment De Condé, à savoir la reproduction de ces vésicules sur des conjonctives saines par l'inoculation de la matière qu'elles contiennent, fort fraîche et transportée d'œil à œil, déjà fort ancienne et conservée entre des plaques de verre. Mais il est inutile de s'étendre davantage ici sur ce point, puisque déjà M. Loiseau en a fait une excellente histoire dans

ces *Annales*, tome IV, octobre 1840, à laquelle nous renvoyons le lecteur.

M. Piringer dessine ensuite à grands traits les principaux caractères des diverses conjonctivites, indique rapidement les causes sous l'influence desquelles elles naissent, décrit les principales métamorphoses qu'elles déterminent, et s'arrête spécialement aux phénomènes de l'ophthalmie *catarrhale*. Il définit ensuite la blennophthalmie (p. 5.) *une affection phlegmasique de la conjonctive oculaire avec tuméfaction et grossissement de ses papilles et sécrétion d'un liquide muciforme.* Quand elle se présente chez un individu porteur d'une chaude-pisse, on l'appelle *gonorrhoïque*, chez les nouveaux-nés, *ophthalmie des nouveaux-nés* et *égyptienne* quand elle sévit avec violence chez une agglomération d'individus.

Il la divise en *blépharo-blennorrhée et ophthalmo-blennorrhée*; la première existe aussi longtemps que la maladie se borne aux conjonctives palpébrales seulement; la seconde quand elle s'étend également à celle du globe de l'œil.

Il y admet trois degrés reconnaissables aux caractères suivants: aussi longtemps que la blépharo-blennorrhée ne fournit qu'un liquide séreux, une sécrétion seulement muciforme (*schleimartiger*) elle est au premier degré; le passage du produit de la sécrétion à celui de véritable mucus (*schleime*) donne lieu au deuxième, et la sécrétion de ce même liquide par les conjonctives palpébrales et oculaires réunies, ce qui constitue *l'ophthalmo-blennorrhée*, en est le troisième.

Ces explications étaient nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

La cause *occasionnelle* la plus puissante de la blennophthalmie, c'est la blennorrhée des organes de la génération, tant chez l'homme que chez la femme, et *l'excitatrice* le contact du mucus contaminé avec les yeux. L'auteur n'admet ni blennorrhée *métastatique*, ni *consensuelle*, c'est aussi la manière de voir de M. le professeur Sanson. A ceux qui argumentent en leur faveur de la survenance d'une blennophthalmie chez des individus gonorrhoïques, qui sont sûrs de ne pas se l'être inoculée, l'auteur répond par une considération aussi simple que juste, c'est que toute blennorrhée oculaire, survenant après une urétrite, n'en est pas une suite nécessaire, puisque les porteurs d'une chaude-pisse ne sont pas plus exempts de contracter des ophthalmies accidentelles que les autres hommes, et il cite, à l'appui, plusieurs observations où l'action des causes déterminantes a pu être mise hors de doute. Nous regrettons de ne pas pouvoir faire connaî-

tre les nombreux développements et surtout l'interprétation ingénieuse de faits incontestés, par lesquels il étaie son opinion. — Cependant, comme l'observation de chaque jour constate qu'il naît des blennorrhées, tant chez l'adulte que chez les nouveaux-nés, dont il serait impossible de chercher l'origine dans l'infection, par un flux urétro-vaginal, il se livre à l'examen des causes qui ont été indiquées par les auteurs comme excitatrices de cette espèce d'ophthalmie, et, après avoir étudié avec autant de discernement que d'impartialité, le mode d'agir de chacune, il conclut que, dans l'état actuel de la science, les véritables causes sont encore, ou complétement inconnues, ou fort douteuses, et que plusieurs de celles qu'on a indiquées comme telles n'ont pu l'être que par erreur.

Il conclut la discussion par les théorèmes suivants :

1° *Partout, et sans distinction de localités, on voit quelquefois apparaître des blennophthalmies sporadiques, tant aiguës que chroniques, sans qu'on puisse en indiquer aucune cause rationnelle ou satisfaisante ;*

2° *Ces blennorrhées sont incomparablement plus communes aujourd'hui que par le passé, spécialement chez les adolescents et les adultes, c'est ainsi qu'on voit chaque siècle, imprimer non-seulement un cachet particulier à telle ou telle espèce de maladie qu'elle semble spécialement affectionner, mais en produire même de toutes nouvelles ;*

3° *Certaines localités cependant semblent favoriser plus directement leur développement, de manière a les faire paraître plus ou moins endémiques ;*

4° *Dans d'autres localités, il peut se présenter des facteurs pathogénétiques qui lui impriment un caractère épidémique ;*

5° *Il semble que c'est chaque fois une disposition toute particulière de l'air qui constitue la cause principale des blennorrhées qui apparaissent sous forme endémique ou épidémique.* — Cependant, suivant l'auteur lui-même, dans l'ignorance où nous sommes de la nature de cette disposition, et en présence de ce que la maladie règne épidémiquement sous l'empire des conditions météorologiques les plus opposées, dire que l'état de l'atmosphère exerce de l'influence, n'éclaire en aucune façon l'étiologie. Aussi pensons-nous qu'il vaut mieux ne pas en faire mention. Ajouter bénévolement des inconnus à tant d'autres dont déjà le problême est entouré, ce n'est pas, nous paraît-il, le moyen d'en rendre la solution plus facile. Témoin depuis plusieurs années de la marche que la maladie poursuit

en Belgique, nous ne nous sommes pas encore aperçu jusqu'à présent que les changements atmosphériques, appréciables à nos instruments, l'aient sensiblement modifiée. — Sans doute que dans nos latitudes, tout comme en Égypte, elle est en général plus commune et plus violente dans la saison d'été qu'en hiver, mais nous n'avons pas remarqué que l'intensité de la chaleur et du froid, ait été généralement accompagnée d'un degré proportionnel de recrudescences ou de relâchement. Il en est de même des passages de la sécheresse à l'humidité et *vice versâ*, des divers degrés de tension électrique, etc., et nous ne sachions pas que, malgré tout ce qui a été vaguement avancé à ce sujet, aucune correspondance exacte et constante entre la marche des météoromètres et celle de notre maladie, ait jamais été constatée ou signalée.

Nous n'avons pas l'intention de nier qu'à la suite de fortes perturbations atmosphériques, de violents orages, on a remarqué des recrudescences évidentes de notre ophthalmie ; mais nous ne saurions admettre qu'il existe entre ces deux faits, des rapports nécessaires de filiation, parce qu'en cent autres circonstances, de semblables mouvements météorologiques ont eu lieu sans que la maladie en ait été autrement affectée. — L'appel à un agent mystérieux, insaisissable à nos sens, véritable τὸ θεῖον des anciens, n'est en réalité, qu'un aveu implicite de notre impuissance de rien expliquer.

6° *Lorsque la maladie revêt la forme endémique ou épidémique, on l'observe surtout chez les individus qui sont réunis en corporation* (*geschlossenen Menschenvereine*) *ou qui plongent habituellement dans une atmosphère viciée, chargée d'exhalations animales, de façon que cette viciation de l'air, sans constituer une cause absolue doit être considérée comme une condition très-favorable à son développement.* Il cherche à expliquer ainsi pourquoi elle s'attache plus particulièrement à l'état militaire, et pourquoi elle est plus commune dans l'infanterie que dans la cavalerie. — Nous allons répéter encore ici ce que nous avons dit cent fois, et ce que nous ne cesserons pas de redire aussi longtemps que nous rencontrerons des contradicteurs, c'est que ce n'est pas dans les exigences et les devoirs de la vie militaire qu'on peut trouver une raison suffisante de l'apparition de l'ophthalmie parmi les soldats, parce qu'alors elle se rencontrerait indifféremment, et du moins dans une proportion à peu près égale, dans tous corps qui y sont également soumis. Or, c'est ce qui est contraire à l'observation. Dans la même armée, des régiments de la même arme, vêtus de la même manière, appelés aux mêmes services, aux mêmes

exercices, aux mêmes fatigues, occupant les mêmes localités, en sont les uns atteints, d'autres exempts. Pendant l'épidémie de Mayence, la garnison était composée d'Autrichiens et de Prussiens; les premiers n'en offrirent pas d'exemples, tandis que les seconds en étaient cruellement maltraités.

Sans doute, et en ceci l'auteur est pleinement dans le vrai, les communications incessantes, le contact de chaque instant entre les soldats d'un même corps aident merveilleusement à sa *propagation;* mais pour se propager, il faut d'abord que la maladie existe, et ce n'est ni le costume, ni la nourriture, ni les marches, ni les manœuvres, ni les bivouacs, ni, en un mot, aucun des matériaux de l'hygiène militaire pris isolément, ou dans leur ensemble, qui rendront un compte satisfaisant de son apparition. Nous n'avons pas la prétention d'indiquer les sources où, pour la première fois, elle a pris son origine dans l'armée des Pays-Bas; mais nous nous flattons d'avoir détruit plusieurs opinions fausses et nuisibles qui circulaient sur ce sujet, et si nous n'avons pu découvrir où était la cause de la manifestation, nous avons démontré au moins où elle n'était pas. C'est ainsi que nous avons épargné de nouveaux tâtonnements à l'administration et d'inutiles dépenses au trésor. Ayant reconnu la justesse de l'observation faite par plusieurs ophthalmologues que l'existence des granulations palpébrales constituait la condition la moins contestable de sa propagation, nous nous sommes attaché à la recherche des moyens les plus sûrs et les plus prompts pour les détruire et de ce côté là aussi nos efforts ont déjà porté leurs fruits. Si nous rappelons ici ces choses, ce n'est pas pour en tirer vanité, car ce qui a été fait et obtenu n'est pas notre œuvre, mais celle de tous les médecins militaires belges; c'est simplement pour rappeler un fait, car il est juste que, dans une affaire d'une aussi haute importance, ils recueillent à défaut de récompense matérielle, le prix moral de leurs nobles et honorables travaux.

Quant à l'immunité dont jouiraient, au dire de quelques uns, les armes spéciales, à en juger par ce qui se passe chez nous, elle ne serait pas aussi réelle qu'on l'a prétendu. Il résulte, en effet, du relevé fait après l'existence trimestrielle de notre dépôt des ophthalmiques qu'on trouve annexé à nos *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, que le 2e régiment de chasseurs à cheval lui a fourni un contingent plus élevé que les 2e, 5e et 8e régiments d'infanterie de ligne, et que le 3e régiment de chasseurs à pied, et que le 3e régiment d'artillerie lui en

a donné un bien supérieur. Dans les troupes du génie aussi, elle a frappé beaucoup de monde. Nous nous souvenons d'avoir lu dans les feuilles publiques, que pendant une épidémie qui a éclaté dans l'armée russe, il y a un an plus ou moins, c'est dans un régiment de cavalerie qu'elle a fait le plus de ravages. L'auteur lui-même, rapporte un exemple pris dans le 2e régiment de hussards prussiens, et M. De Courtray, cité par lui, nous en a fait connaître un autre emprunté à l'armée des Pays-Bas, en 1825.

7° *La cause la plus certaine et la plus constante de la blennorrhée oculaire est le transport de la matière contagieuse produite par des yeux affectés de la même maladie.* — A l'appui de cette proposition, l'auteur apporte les nombreux faits d'inoculation opérés par lui à l'aide du virus blennorrhoïque pour obtenir la guérison du *pannus*. A ceux qui seraient tentés de dire que la reproduction de la maladie par inoculation est subordonnée à l'existence du *pannus* ou d'une maladie de la conjonctive, il oppose deux faits de nourrices bien portantes qui se la sont donnée volontairement en s'introduisant dans leurs yeux le flux blennorrhoïque de leurs nourrissons; 2° d'un vieillard porteur d'un pannus à un seul œil, à qui un élève introduisit par erreur du virus dans les deux yeux, et chez lequel l'œil non atteint de pannus et pourvu de conjonctives parfaitement saines, contracta une blennorrhée beaucoup plus forte que l'œil sur lequel existait le pannus.

87 inoculations suivies d'effets, avaient été faites par l'auteur à l'époque de la publication de son ouvrage;

29 par le flux blennorrhoïque oculaire, dit des nouveaux-nés.
11 par le flux blennorrhoïque oculaire d'origine gonorrhoïque.
2 par le flux urétral d'un enfant de 3 ans et demi.
40 par le flux blennorrhoïque oculaire d'adultes, n'ayant pas pour cause la chaude-pisse.
2 par la matière recueillie chez une jeune fille de 7 ans, scrophuleuse et atteinte d'une blennorrhée accidentelle au 2e degré.
3 par la matière fournie par des blennorrhées oculaires chroniques.

Dans une autre partie du livre, M. Piringer ne porte qu'à 61 les inoculations qu'il a faites. Nous ne pouvons nous expliquer d'où provient ce désaccord, qui n'est peut-être qu'apparent. Aucune condition ni d'âge, ni de sexe, ni de tempérament, ne met à l'abri de la contagion; il en est cependant qui constituent des dispositions spéciales à contracter la blennorrhée oculaire : c'est ainsi qu'on la ren-

contre le plus fréquemment chez les nouveaux-nés et parmi eux de préférence, suivant l'expérience de l'auteur, chez les premiers-nés, sans distinction de sexe, de force ou de faiblesse ; ensuite chez les enfants, surtout chez ceux qui sont écrouelleux, d'une constitution molle, sujets aux affections glandulaires, muqueuses ou vermineuses; parmi les adultes elle attaque préférablement les individus de 18 à 26 ans, d'une complexion délicate et débile, ou qui sont habituellement assujettis à d'excessives fatigues, à des affections dépressives de l'âme, ou à des privations des choses nécessaires à l'entretien de la vie : on la remarque plus rarement chez les adolescents et plus rarement encore chez des individus qui ont dépassé la cinquantaine. — Après ces indications, nous avons été un peu dérouté, nous l'avouons, en entendant l'auteur déclarer catégoriquement que l'apparition de la maladie n'est nullement favorisée par un état cachectique ou lymphatique. Il semble qu'entre les deux allégations il y ait contradiction dans les termes.

Dans le chapitre intitulé : *De la nature du contagium blennorrhoïque*, l'auteur recherche le mode de transmission de la maladie qui s'opère, suivant lui, par le transport dans l'œil sain du produit muqueux sécrété par des yeux affectés. Il rapporte ici un fait très-important, puisqu'il expliquerait en quelque sorte, la différence des résultats obtenus par divers inoculateurs, c'est qu'entre ses mains la même matière sécrétée se montra contagieuse pour l'espèce humaine et innocente pour plusieurs animaux, comme chiens, chats, cochons et diverses espèces d'oiseaux. Il n'admet qu'un *contagium fixe*, et sans nier absolument la possibilité de la transmission *à distance*, il juge insuffisantes pour l'établir les observations recueillies et les raisons alléguées jusqu'à ce jour. Il reproduit à l'appui de son opinion la plupart des arguments avancés dans le temps par les compressionnistes contre la contagion en général et appelle souvent en témoignage les faits allégués par eux. Parmi les arguments qui lui sont propres, je dois en citer un qui a pour moi au moins tout l'intérêt de la nouveauté. Toutes les maladies, dit-il, qui possèdent à la fois un *contagium fixe* et *volatil* ont cela de propre, qu'elles s'accompagnent de fièvre, parcourent certaines périodes déterminées et n'attaquent un individu qu'une ou deux fois tout au plus dans sa vie, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, le typhus pétéchial, etc.; tandis que les maladies, qui se communiquent par un *contagium fixe*, ont un décours plus irrégulier et peuvent atteindre plusieurs fois le même homme, telles que la gale, la

syphilis, la gonorrhée, la peste, etc. Or, la blennorrhée oculaire possède cette dernière propriété. Si on objectait à cette manière de voir que le virus vaccin, quoique fixe, a une marche très-régulière ; on pourrait répondre que cette marche elle-même et le trouble répandu dans la constitution générale pendant la durée de la maladie, plaident en faveur de l'existence d'un principe contagieux volatile, quoique à un très-faible degré, d'autant plus que les expériences du docteur Basil Thiele, paraissent établir que la vaccine n'est elle-même que la variole affaiblie et altérée par la vétusté et par son passage au travers de la vache, et démontrer par conséquent, l'identité de nature de la variole humaine et vaccinique.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, ce qui est plus important, c'est que l'auteur, tout en niant la nature volatile du *contagium* blennorrhoïque et sa transmissibilité par l'intermédiaire de l'air, reconnaît que l'encombrement et la viciation de l'atmosphère, où des blennorrhoïques se trouvent réunis à des bien portants, est une des conditions les plus favorables à la communication et à l'aggravation de la maladie. — Peu importe après cela quelle opinion on professe sur la nature du contagium, parce que de toute manière on sera d'accord, que pour empêcher la propagation de la maladie, il faut espacer, autant que possible, ceux qui en sont affectés, et entretenir dans les locaux où ils sont traités, l'air le plus pur et le plus fréquemment renouvelé. — En médecine c'est aux résultats pratiques qu'il faut surtout s'attacher.

Au reste, nous n'avons trouvé dans cette partie du travail, aucune raison suffisante pour rétracter ce que, depuis la publication de nos *Recherches* en 1829, nous professons sur le mode de transmission de la blennophthalmie, et les faits et les conséquences que nous en avons déduits à cette époque, ont encore pour nous la même valeur qu'alors.

Nous voici arrivé à la partie que nous considérons comme la plus originale du travail, celle qui contient le détail d'une foule d'expériences entreprises par l'auteur à l'effet de parvenir à la solution de plusieurs problêmes plus ou moins intéressants, mais ayant chacun son importance, touchant le mode de transmission de la maladie, expériences dont quelques unes sont toutes nouvelles pour nous. Nous allons en présenter les résultats de la manière la plus sommaire.

Rappelons qu'elles ont été faites avec du muco-pus blennophthalmique, mis en contact avec des yeux amaurotiques, dont les conjonctives étaient parfaitement saines.

Le doigt bien imprégné de muco-pus blennophthalmique, lavé soigneusement ensuite avec de l'eau fraîche et pure et bien essuyé, ne transporte pas la maladie.

Des frictions faites avec un semblable pus sur la face externe des paupières, ne la transmettent pas davantage, pourvu qu'on évite de toucher les bords palpébraux.

Le mucus d'une blennorrhée aiguë du deuxième degré est aussi contagieux que celui d'un blennorrhée parvenue au troisième. La présence ou l'absence de la fièvre n'influe en aucune manière sur cette propriété.

Les blennorrhées aiguës du premier degré et les blennorrhées chroniques semblent en être douées d'une manière plus faible et moins absolue.

Il semble que les conjonctives saines soient plus impressionnables à l'action de la matière sécrétée par des blennorrhées de cette espèce que celles qui ont déjà subi des altérations pathologiques.

Aussi longtemps que dans les blennorrhées des deuxième et troisième degrés la sécrétion continue sous forme muqueuse, il y a puissance de transmission.

Mais lorsqu'elles rétrocèdent au point, que (malgré la persistance de la photophobie, de la chaleur et de la tuméfaction de la conjonctive palpébrale) la sécrétion est séreuse, semblable à celle des larmes ou qu'on n'apperçoit plus que de rares flocons muqueux nageant au milieu des larmes au fond des replis de la conjonctive, elles semblent l'avoir complétement perdue.

Les blennorrhées aiguës du premier degré et les chroniques semblent l'avoir également tout-à-fait perdue, quand elles ne présentent plus que les symptômes d'un simple catarrhe aigu ou chronique. (Il renvoie ici aux § dans lesquels il traite des caractères distinctifs de l'ophthalmie catarrhale et des blennorrhées. Nous nous y arrêterons quand nous y serons arrivé.)

La sécrétion blennophthalmique récente est toujours également active et contagieuse, quelles que soient les saisons pendant lesquelles on la recueille et la température à laquelle on l'expose.

L'auteur pose ici, mais laisse irrésolue, la question de savoir si la sécrétion blennophthalmique n'est contagieuse que pour les yeux, ou si mise en contact avec d'autres muqueuses que celles de l'œil elle appellerait une blennorrhée. Il rapporte les résultats opposés qu'entrepris par des expérimentateurs différents, les essais ont produits, dit qu'il n'a jamais rencontré d'exemple d'une transmission semblable,

fait observer que celles qu'on annonce avoir produites chez les chiens sont, à juste titre, suspectes, puisque faites aux yeux même de ces animaux, les inoculations demeurent sans effet, et termine par cette réflexion, qu'en tout cas la muqueuse des organes génitaux a une réceptivité beaucoup moindre pour la contagion blennorrhoïque que celle des yeux, puisque cette dernière en subit les influences chaque fois qu'elle y est exposée, tandis que pour qu'elle agisse sur la première elle doit la rencontrer dans un état d'orgasme ou d'excitation préalable.

Fraîchement recueillie et encore à l'état liquide, la sécrétion blennorrhoïque transportée dans un œil sain, y provoque infailliblement la maladie ; peu à peu la propriété contagieuse diminue ; au bout de 36 à 48 heures elle commence à s'évanouir ; après 72, elle est complétement perdue ; déposée sur des corps privés de vie et desséchée, elle n'a plus aucune vertu contagieuse au bout de trois jours, quelque soin qu'on ait pris de la garantir du contact de l'air.

Le fait de la transmission ne s'annonce dans l'œil affecté par aucun phénomène ni subjectif ni objectif.

Le temps, qui s'écoule entre l'infection et l'apparition de ses effets, varie suivant la nature et la quantité de la matière employée, l'individualité du sujet inoculé et l'époque à laquelle l'opération a eu lieu.

C'est ainsi que, toutes choses égales d'ailleurs, le mucus récent d'une blennorrhée aiguë du troisième degré, opère déjà 5 à 12 heures après son application ; celui du deuxième degré ne manifeste son action qu'entre 12 et 36 heures ; celui du premier entre 60 et 70 ; celui d'une blennorrhée chronique entre 72 et 96. Dans une seule inoculation que nous avons tentée pour la guérison de deux pannus, chez un individu presque aveugle, ce n'est qu'au bout de 72 heures que l'inflammation est survenue, quoique la matière fût fournie par une blennophthalmie des plus violentes.

Lorsque la matière est inoculée directement d'œil à œil et qu'elle est encore chaude, elle agit avec plus de promptitude que lorsque déjà elle est refroidie.

Elle agit plus lentement encore lorsqu'après avoir été désséchée, on la ramollit à l'aide de la vapeur de l'eau avant d'en faire usage.

Plus la quantité de matière introduite dans les yeux est grande, plus les effets de son action sont rapides.

La réaction est plus prompte chez des sujets sanguins, sensibles et irritables que chez des lymphatiques et torpides.

Le temps de la journée le plus favorable au développement de la

maladie est la nuit; la présence du soleil sur l'horizon paraît lui être contraire.

L'origine de la matière contagieuse, c'est-à-dire qu'elle doive son existence à une blennorrhée sporadique, épidémique ou endémique, qu'elle provienne des yeux ou des organes génitaux, qu'elle soit fournie par un nouveau-né ou un adulte, ne paraît exercer aucune influence sur la rapidité avec laquelle elle se propage.

La forme et le degré d'une blennorrhée provoquée par contagion, sont déterminés surtout par la qualité de la matière employée pour l'inoculation.

Cependant on voit fréquemment la matière fournie par une blennorrhée du deuxième ou du troisième degré ne produire qu'une maladie du premier, ce qui a eu lieu quand elle était altérée par la vétusté (âgée de 3 jours), ou était étendue de beaucoup d'eau; par contre, celle prise à une blennorrhée du deuxième degré provoque, quand elle est récente et concentrée, une blennorrhée du troisième Enfin des circonstances individuelles modifient puissamment la forme et la marche de la maladie.

Voilà les principales déductions que l'auteur tire d'une foule d'observations qu'il aurait été à désirer que nous pussions mettre sous les yeux du lecteur. Nous-même, qui avons l'ouvrage devant nous, nous concevons le premier, combien privées de l'appui que les faits leur prêtent, elles perdent de leur valeur, mais à moins de faire une traduction de cette partie du travail et d'excéder de beaucoup les bornes dans lesquelles doit se renfermer cette analyse, il nous a bien fallu leur donner la forme aphoristique.

D'après ce qui précède l'auteur se croit fondé à embrasser pleinement l'opinion de M. le professeur Fischer de Prague, que toutes les blennorrhées de l'œil sont des maladies de même nature, ou plutôt une même maladie, qui, suivant la différence des individus affectés (*constitution, tempérament, âge, sexe, état social, profession*) et des circonstances concomitantes (*nature de l'alimentation, demeure, saison, constitution atmosphérique, caractère des maladies dominantes*), prend un aspect différent; se borne tantôt à la muqueuse palpébrale, tantôt envahit aussi celle de l'œil; est tantôt violente, tantôt bénigne; tantôt très-rapide, tantôt lente dans sa marche; tantôt simple et se terminant sans accidents, tantôt laissant après elle des altérations profondes et durables ou des désorganisations de la muqueuse palpébrale et de son corps papillaire.

Il se livre ici à une longue discussion dans laquelle nous regrettons

de ne pouvoir le suivre, mais sur laquelle nous présenterons cependant quelques réflexions.

Il plaide pour l'identité de toutes les blennorrhées, en s'appuyant sur celle de leurs symptômes fondamentaux, et explique la différence qu'on y remarque quelquefois par des influences étrangères provenant, soit du malade lui-même, soit de circonstances environnantes. Mais cette conclusion est-elle bien rigoureuse ? Est-on suffisamment autorisé dans l'état actuel de la science à faire dériver la nature d'une maladie des formes sous lesquelles elle se présente? Nous sommes loin de contester l'importance de la symptomatologie, mais il nous semble qu'elle ne résout qu'un, et peut-être le moins important, des problêmes de la nosologie. Elle nous apprend seulement quels sont les organes malades et non pourquoi ils le sont, ni comment ils le sont devenus ? Et cependant pour la thérapeutique, ces données sont de première nécessité. Un individu, qui a plongé longtemps dans une atmosphère paludeuse se présente avec des symptômes de pleurésie, de rhumatisme, d'angine, d'ophthalmie, etc. En vain attaquera-t-on ces affections par le traitement indiqué par leurs formes, le quinquina seul pourra en triompher. Y a-t-il rien de plus protéiforme que les syphilis invétérées, et quel médecin pourra se flatter de guérir les symptômes infiniment variés sous lesquels elle se présente sans avoir reconnu l'agent qui les entretient? Les phénomèmes fondamentaux des ascites, des ictères sont les mêmes, et quelle diversité dans les moyens de les guérir suivant celle de leurs causes! La blennorrhée elle-même n'est pour bien dire qu'un symptôme, que toute cause capable d'exciter dans les conjonctives oculaires une irritation sécrétoire pourra produire. Phénoménalement toutes les bronchorrhées sont les mêmes; et pense-t-on que la différence des causes qui président à leur existence, transpiration supprimée, exanthème repercuté, tubercules, rougeole, soient sans influence sur leur nature! Vous convenez qu'un concours d'influences malignes peut imprimer à la maladie un caractère spécial, (ne devrais-je pas dire plutôt spécifique (*eigenthümlich ?*) sans rien changer à sa nature. Mais comment le savez-vous puisque ces influences que vous invoquez vous sont elles-mêmes inconnues ? Vous dites que pour régner épidémiquement, la dysseuterie n'est pas d'une autre nature que lorsqu'elle apparaît sous forme sporadique. Nous l'avons dit aussi dans le temps quand les phénomènes locaux constituaient pour nous toute la maladie ; mais nous sommes revenu de cette opinion, qui nous paraît insoutenable en présence de ce fait que pour chaque épidémie dyssentérique, il faut un

traitement particulier. Vous vous emparerez peut-être de cet argument et le retorquerez contre nous. Vous vous écrierez *sous le point de vue pratique il n'y a qu'une blennorrhée* (p. 154) et le *traitement de toutes les blennorrhées est le même* (p 146); mais c'est-il bien exact, et votre chapitre de la thérapeutique serait-il si détaillé si un même traitement pouvait convenir dans tous les cas ?

Les indications générales restant les mêmes que de choix à faire, suivant les cas entre les moyens destinés à les remplir ! Dans l'ascite l'indication première est d'évacuer l'eau, et quelle diversité dans les médications pour y parvenir ! Mais fût-il vrai que le même médicament est utile dans toutes les blennorrhées, serait-on suffisamment fondé, dans l'état d'imperfection où se trouve encore la thérapeutique, au milieu de l'incertitude qui règne sur la manière d'agir des matériaux pharmacologiques, à conclure de ce fait à l'identité de leur nature? Ne voit-on pas la même substance modifier des affections différentes par leur siége et, selon nos théories, totalement différentes par leur essence ? Mais dans le fait même, tout en accordant avec raison une des premières places parmi ces moyens curatifs des blennorrhées aiguës aux applications froides, ne les avez-vous pas vous-même trouvées quelquefois inefficaces ou nuisibles ? Vous avez jugé que dans ces derniers cas l'élément catarrhal prédominait, parce que dans votre manière de voir le froid est hostile aux catarrhes ; soit, mais que s'en suit-il ? N'est-ce pas que les blennorrhées peuvent se présenter avec des éléments différens ? et de quoi se compose la nature d'une maladie sinon de la réunion de tous ses éléments tant étiologiques que phénoménaux et thérapeutiques ?

Enfin vous argumentez de vos faits si intéressants d'inoculation. Ils vous ont démontré qu'à quelque source que la matière blennorrhoïque soit puisée, soit chez des nouveaux-nés, soit chez des adultes, chez des porteurs de chaude-pisse comme chez ceux qui n'en ont jamais eu, elle produit une maladie identique. C'est sans doute un puissant argument ; mais nous ne pourrons nous y rendre que lorsqu'il sera confirmé par une expérimentation ultérieure, car malgré nous, la facilité avec laquelle vous êtes parvenu dans tous les cas à conjurer leurs suites fâcheuses, laisse quelque doute dans notre esprit sur l'identité de la maladie artificielle et de celles dont le virus employé pour les opérer était le produit. Pour nous convaincre pleinement, il aurait fallu faire des inoculations nouvelles avec le mucus de la blennorrhée provoquée et en suivre les résultats, et c'est ce que nous n'avons pas vu rapporté.

Au reste, tout en disant que l'auteur ne nous a pas converti par sa discussion, nous nous empressons de rendre hommage à la franchise et la bonne foi médicale (qualité trop rare de nos jours) avec lesquelles elle est conduite. Toutes les objections sont exposées dans toute leur forces, rencontrées de front et combattues avec un ton de conviction que ne peut inspirer que la candide recherche de la vérité.

En passant à l'étude des symptômes de la maladie, l'auteur la divise en trois degrés, dont il décrit les phénomènes avec le plus grand détail. On retrouve ici avec plus de développement les idées indiquées seulement dans l'introduction sur la différence des altérations sécrétoires dont s'accompagne chacun des degrés et que Von Graefe, de Berlin, a désignées par les mots *d'hydrorrhée, phlegmatorrhée* et *pyorrhée*. Au lieu de rejeter la symptomatographie si loin dans le livre, la méthode aurait exigé peut-être qu'on le commençât par elle; car avant d'y venir il a été une foule de fois question de ces divers degrés, avec lesquels le lecteur n'avait fait jusques-là qu'une connaissance bien imparfaite. Quelque minutieuse que soit la description donnée par l'auteur il convient que la distinction des degrés a quelque chose d'arbitraire puisqu'ils varient singulièrement suivant les cas et les circonstances. Nous n'avons rien trouvé de neuf ou d'original dans cette partie de l'ouvrage, si ce n'est cependant l'opinion que les vésicules existant souvent en plus ou moins grand nombre sur la muqueuse palpébrale, résultent de l'accumulation de la sécrétion des papilles causée par l'oblitération de leurs orifices, ce qui est jusqu'ici une hypothèse sans aucun fondement.

L'auteur examine ensuite avec le même détail, la marche rétrograde de la maladie, depuis le troisième jusqu'à son premier degré et les métamorphoses de tissu dont elle est accompagnée.

Puis, il recherche celles que produit dans la cornée l'altération de son parenchyme et celle de son feuillet conjonctival, et remarque à cette occasion que ce dernier restant intact, et sans l'intervention d'aucune kératite, la cornée court dans les blennorrhées les plus grands dangers, ou par la qualité corrosive des sécrétions de l'œil, ou par la pression exercée sur elle par les paupières tuméfiées et couvertes de granulations. Il explique d'après ces vues pourquoi l'affection est si grave, en général, chez les porteurs d'yeux enfoncés ou à ouverture palpébrale étroite en même temps que chez ceux qui ont les globes des yeux proéminents.

Il s'occupe de la *blennorrhée chronique*, qu'il paraît considérer comme étant toujours consécutive à une aiguë. La description nous

a paru exacte mais ne nous semble rien contenir de nouveau. Il insiste, et avec raison, sur la promptitude avec laquelle elle peut repasser à l'état aigu et le danger des exaspérations de cette nature.

Souvent dans le cours de l'ouvrage on nous avait parlé de diverses *périodes* ou *stades* de cette maladie, nous allons apprendre ici en quoi elles consistent.

Et d'abord l'auteur observe que la blennorrhée n'est pas assujettie à une marche régulière (c'est ce qu'ont pu vérifier tous ceux qui ont eu l'occasion de l'observer). Cependant il pense, que pour le médecin praticien, il faut y admettre deux périodes : une première qui comprend son évolution, son accroissement, et son état ; une seconde, qui renferme son déclin. Tout en reconnaissant que la durée de ces périodes est incertaine il dit que la *diminution des douleurs et des redoublements nocturnes*, *l'abaissement de la chaleur et la cessation de la nécessité d'employer les fomentations froides*, indiquent l'entrée dans la seconde période.

En parlant du *pronostic*, l'auteur recommande de le poser avec une grande réserve, puisque la blennophthalmie est toujours une maladie dangereuse, se jouant quelquefois des traitements les plus rationnels, montant en quelques heures à son degré le plus élevé et détruisant la vue avec la plus effrayante rapidité. Il est en général d'autant plus fâcheux que la maladie est plus développée et restée plus longtemps sans traitement, que la cornée transparente est plus trouble, que la constitution générale est plus mauvaise, et surtout que les ressources dont le malade peut disposer sont plus impuissantes. Après ces généralités l'auteur examine successivement l'influence exercée sur le pronostic par le caractère sporadique, épidémique et endémique de la maladie, ses degrés, ses symptômes, ses complications locales et générales, et les altérations qu'elle peut avoir produites sur la cornée. Jusques là, il n'y a rien qui nous ait paru nouveau et digne d'une mention spéciale, il n'en est pas de même des propositions qui vont suivre.

Les blennorrhées d'un haut degré sont salutaires dans toute espèce de pannus, qu'ils soient récents ou anciens, minces ou épais, lymphatiques, vasculaires, charnus ou même ulcérés. Le pannus qu'on désigne par le nom du *sec* fait seul une exception.

Il entend par là une espèce de dégénérescence ou plutôt de mortification de la lamelle cornéenne de la conjonctive qui se dessèche et s'exfolie (p. 224).

Mais pour que la blennorrhée opère une guérison complète, elle

ne doit pas se borner aux paupières, mais s'étendre à la conjonctive sclèroticale et même à son feuillet cornéen, présenter enfin les caractères d'une blennorrhée du troisième degré.

Cependant, comme la blennorrhée artificielle prend communément une intensité plus grande que n'avait celle qui a fourni la matière de l'inoculation, il est prudent de n'employer, autant que possible, pour cette opération que du muco-pus du deuxième degré, en se gardant toutefois d'en emprunter à un œil atteint de kératite ulcérée. Il n'y a pas de danger à se servir de mucus gonorrhoïque qu'il provienne d'un adulte ou d'un nouveau-né.

L'auteur rapporte que, de 61 yeux sur lesquels il a fait l'application de sa méthode, il n'y en a que deux où la guérison du pannus ne s'en est pas suivie et il l'attribue au peu d'intensité que la réaction présenta dans ces circonstances. Sur 59 il disparut complètement: chez 34 sans laisser le moindre vestige d'une maladie oculaire quelconque; chez 8 il resta un obscurcissement de la cornée qui n'apportait cependant qu'une faible gêne dans la vision: chez les 17 restants il existait des complications qui ont rendu le succès impossible. Et tandis qu'en général le pannus a tant de tendance à se reproduire, l'auteur n'observa aucun exemple de récidive chez ceux qu'il en avait débarrassés.

Aussi n'hésite-t-il pas à proclamer qu'*après tant de succès l'inoculation du virus blennorrhoïque pour guérir le pannus n'est plus une tentative douteuse, qui demande une forte résolution, mais un moyen capital trop longtemps inconnu ou négligé.*

Les blennorrhées aiguës d'un haut degré opèrent la guérison des blennorrhées chroniques.

La disposition aux récidives de conjonctivites se guérit aussi par les blennorrhées aiguës : les granulations palpébrales se fondent pendant leur durée et la muqueuse, où elles avaient leur siége, reprend son aspect naturel.

Cependant l'auteur recommande de ne recourir à ce moyen que dans les cas désespérés et où toute autre médication se montre impuissante; c'est dans les *pannus seulement* qu'on a la certitude de n'avoir aucun accident à craindre de son emploi.

Ces données sont, sans contredit, d'une grande valeur et méritent d'être vérifiées; elles nous auraient satisfait davantage encore si, à côté de ces expériences avec le virus blennorrhoïque, on en eût institué encore avec tout autre agent propre à allumer une inflammation aiguë dans une œil *panneux* et qu'on se fût assuré de

l'insuffisance de cette dernière pour atteindre le résultat désiré ; qu'il eût été démontré ainsi que pour y parvenir il faut l'intervention d'un produit sécrétoire d'une maladie semblable à celle dont le pannus est l'effet.

Nous ne devons pas d'ailleurs laisser ignorer au lecteur que si cette opération a obtenu de si remarquables succès entre les mains de notre auteur, tous ceux qui l'ont pratiquée n'en ont pas remporté de semblables. Voici ce que nous lisons dans le *Guide pratique* de M. *Carron du Villards* Tome II p. 38 éd. Belge. « Jaeger était si convaincu de la certitude de l'inoculation qu'il conseilla ce moyen pour détruire les pannus charnus de la conjonctive et de la cornée; *trois fois j'ai employé ce moyen et trois fois j'ai produit un ophthalmie purulente qui a entraîné la fonte totale de l'œil.* »

Parvenu à cette partie de son travail l'auteur pense qu'il est temps de s'occuper de l'essence même de la maladie, et se pose à cet effet les questions suivantes: *Est elle une inflammation, un simple excès de nutrition, ou une affection catarrhale de la conjonctive? L'engorgement et le vice de sécrétion du corps papillaire constituent-ils la maladie et les phénomènes inflammatoires sont-ils seulement accidentels ? ou ces deux ordres de faits se trouvent-ils dans un rapport inverse ?*

On est tout d'abord un peu surpris de voir remettre en question ce qui était posé en fait à l'occasion de la définition de la blennorrhée (p. 5), savoir qu'elle est une affection phlegmasique ; on est surpris encore de lui voir dénier le caractère inflammatoire, parce qu'au lieu de s'accompagner d'une diminution de sécrétion, ce qui est de la nature des phlegmasies, elle en présente d'exagérées. En effet, dans plusieurs endroits de l'ouvrage (p. 3, 5, 162 et passim) la suspension, momentanée, il est vrai, de la sécrétion est donnée comme un des symptômes de la blennorrhée. Ne serait-on pas tenté de croire sur ces apparences, qu'à l'exemple de plusieurs auteurs qui l'ont précédé dans les travaux qu'il a entrepris, il façonne son sujet, tantôt d'une manière, tantôt de l'autre, pour le forcer d'entrer dans le moule qu'il lui a préparé ? Cependant il n'en est rien, et, avant de passer à l'examen des caractères différentiels de l'ophthalmie catarrhale et blennorrhoïque, il définit avec rigueur ce qu'il entend par *catarrhal* avant d'appliquer cette épithète à notre ophthalmie. Faisant sienne la définition du professeur Schönlein il entend par catarrhe *toute affection congestive d'une muqueuse, apparaissant avec une rougeur tantôt pâle, tantôt foncée, qui disparaît par la pression; avec tuméfaction*

molle et comme veloutée de la membrane ; grossissement évident de ses papilles, altération en quantité et en qualité de ses sécrétions, exaltation de son activité nerveuse et vasculaire, et en conséquence de sa sensibilité et de sa caloricité, et considère la blennorrhée comme un *catarrhe de l'œil au plus haut degré de développement et approchant de très-près d'une véritable inflammation.*

Nous prions qu'on veuille bien remarquer que dans la définition du professeur Schönlein, ni dans les commentaires dont l'accompagne notre auteur il n'est question de conditions étiologiques ; que le mot *catarrhe* est appliqué à un simple groupe de symptômes dont l'ensemble existe dans notre ophthalmie, et qu'en l'envisageant sous ce point de vue seulement on peut sans rien préjuger sur sa nature la nommer ophthalmie catarrhale. C'est ainsi qu'il faut comprendre ce que nous en avons dit dans notre *Mémorial de l'expert dans la visite des hommes de guerre* au mot *Ophthalmie*. Le fait, que dans tous ses degrés et à toutes ses époques elle ne possède pas la faculté de se transmettre ne suffisait pas pour lui refuser la qualification générique, puisque d'autres fluxions muqueuses actives, d'autres catarrhes présentent ce même caractère : les flueurs blanches en sont un exemple irrécusable ; nous en citons de préférence un pris d'un catarrhe qui ne s'accompagne pas de fièvre.

Mais l'identité des ophthalmies catarrhale et blennorrhoïque étant admise, une fois reconnu qu'elles ne diffèrent que par la violence de l'irritation, à quoi peuvent servir ces recherches pénibles après des signes différentiels qui, en définitive, se réduisent à un *peu plus* ou un *peu moins*, termes sans aucune valeur dans l'absence d'un étalon pour la fixer ? S'il est vrai, comme l'affirme l'auteur, que par la présence d'influences malignes ou de dispositions individuelles le catarrhe simple peut devenir blennorrhée, que sous l'empire des mêmes causes le catarrhe chronique passe avec la plus grande rapidité à la blennorrhée la plus aiguë, tandis que la blennorrhée chronique en rétrocédant devient catarrhe chronique en y descendant par des nuances lentes et graduées, de quelle utilité peut-il être de tracer laborieusement sur le papier des différences, que sur les malades mêmes on ne peut reconnaître ? N'éviterait-on pas toute cette confusion en renonçant complétement à la dénomination d'ophthalmie catarrhale et y substituant, à l'exemple de M. le professeur Velpeau, celle de conjonctivite, dont on préciserait davantage la signification en y ajoutant un épithète pour désigner la forme sous laquelle elle se présente ou la cause dont elle dépend.

Il donne ensuite les signes différentiels entre la blennorrhée chronique et l'hypertrophie papillaire qu'on remarque souvent, dit-il chez des sujets scrofuleux, et qui se présenterait sous la forme de grains demi-sphériques, existant quelquefois au nombre de deux ou trois seulement, d'autres fois davantage dans les replis de la muqueuse. Ils sont de la grosseur d'une tête d'épingle, ont une base large, sont quelquefois isolés, quelquefois agminés ; d'autres fois disposés en une, deux, ou plusieurs rangées. Ils sont mous, compressibles transparents, semblables à des vésicules: quelquefois d'une jaune pâle, d'autres fois rougeâtres quand leur surface est parcourue de vaisseaux. Lorsqu'on les ouvre avec une aiguille à cataracte, il s'en écoule un liquide visqueux et la vésicule s'affaisse pour se remplir de nouveau au bout de peu de jours, et reprendre sa forme primitive. Quand on en enlève un avec des ciseaux, la plaie qui en résulte se guérit promptement par première intention ; pressé entre les doigts le grain en crêvant y dépose un peu de liquide gluant.

Il les considère comme des cryptes muqueux engorgés par un mécanisme analogue à celui qu'on remarque dans les glandes du cou chez les scrofuleux, et dont l'action sécrétoire est suspendue ou le produit de la sécrétion accumulé dans leur intérieur. On les trouve très-rarement chez des individus âgés de plus de vingt-quatre ans.

On ne peut les confondre avec les granulations blennorrhoïques parceque le corps papillaire, resté sain autour d'eux, n'est pas troublé dans ses fonctions.

On voit que notre auteur a parfaitement étudié la forme et quelques unes des propriétés des granulations *vésiculeuses ;* il ne paraît pas cependant avoir aussi bien apprécié leur nature ; mais nous ne reviendrons pas à ce que nous en avons dit ailleurs. Nous rappelerons que M. Loiseau, qui en a si bien suivi le développement et la marche, n'a vu une altération concomitante du corps papillaire que lorsque déjà les vésicules elles-mêmes étaient rouges et animées et qu'en conséquence les signes diagnostiques indiqués par l'auteur dans le passage qui précède s'appliqueraient uniquement à leur état d'indolence. Nous désirons vivement que des observateurs aussi scrupuleux et aussi consciencieux que l'auteur se livrent à des recherches nouvelles sur cet intéressant sujet.

On confondrait plus facilement, dit-il, la blennorrhée chronique avec l'inflammation des glandes de Meïbomius par ce que les symptômes subjectifs et objectifs des deux maladies ont de nombreux rapports ; cependant en examinant avec attention le siége et la nature

de la sécrétion, surtout en abstergeant soigneusement la paupière renversée et s'assurant qu'aucun produit muqueux ne vient sourdre de la surface des papilles, on peut aisément éviter l'erreur.

Enfin on pourrait la confondre avec le flux asthénique qu'on rencontre souvent chez des individus lymphatiques ou chez des vieillards, surtout ceux qui font habituellement des excès de boisson. — C'est dans la constitution générale des individus, la chronicité de la marche de la maladie, la nature de son début qui a toujours lieu avec lenteur et sans souffrance, la disposition qu'elle a à produire la dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse palpébrale et des ectropion, enfin dans la faible part qu'y prennent les papilles que l'auteur indique les signes du diagnostic.

Avant de passer à l'étude des moyens prophylactiques qui sont du ressort de l'hygiène publique l'auteur demande *s'il est possible de faire avorter une atteinte de blennorrhée commençante, et si on peut débarrasser l'œil de la matière contagieuse accidentellement introduite, ou la neutraliser de manière à le garantir des suites de l'inoculation,* et répond affirmativement aux deux questions. Il résulte de plusieurs faits et expériences qui lui sont propres que l'un et l'autre résultats peuvent être obtenus par le lavage à grande eau froide, mais que pour réussir dans les divers cas il faut qu'il ait lieu rigoureusement avant l'expiration de la troisième minute qui a suivi l'introduction. Ce moyen est beaucoup plus sûr que l'abstersion simple ou les cautérisations.

Il fait remarquer ensuite, que notre connaissance si imparfaite jusqu'à présent des causes prédisposantes et occasionnelles de la blennorrhée ne permet pas d'indiquer les mesures hygiéniques par lesquelles on pourrait en prévenir l'explosion, et que les préceptes généraux sur ce point, tels que vivre avec modération et régularité, se garantir des influences nuisibles, se vêtir convenablement, etc., peuvent s'appliquer à toute espèce de maladie indifféremment aussi bien qu'à la blennorrhée.

Rendant justice aux auteurs qui ont traité la même matière avant lui, il dit ne rien avoir à ajouter aux prescriptions médico-légales faites par eux, et pour ce qui est en particulier des militaires il recommande après eux, de renouveler, souvent et de purifier l'air des casernes, d'y éviter l'encombrement, de proscrire toute espèce de vêtements qui pourraient gêner la retour du sang de la tête, de ne pas couper les cheveux trop court et de ne pas permettre le lavage de la tête à l'eau froide en hiver; de ménager les soldats, surtout les recrues,

de ne pas les contraindre à des exercices trop fréquents, trop prolongés, de leur prêcher l'importance de se garantir du froid, de l'humidité, de la poussière et de la fumée ; enfin, ce qui nous semble plus important que tout le reste, d'éloigner incontinent des rangs tout individu attaqué de blennorrhée. On retrouve ici les idées du docteur Juengken sur la nécessité de pourvoir les blennorrhoïques d'un mobilier exclusivement à leur usage et de le laver et purifier, ainsi que les pièces de vêtement, de couchage et de pansement, avant de les passer à un autre. Il croirait aussi à propos de les soumettre à une observation scurpuleuse et continuée pendant plusieurs jours, et de séquestrer même les camarades de chambre d'un blennorrhoïque. Ces diverses mesures doivent être plus rigoureusement exécutées encore pendant les épidémies.

Il traite ici incidemment une question intéressante, à savoir *s'il existe des moyens préservatifs contre la contagion blennorrhoïque et les influences épidémiques*, et, après en avoir indiqué plusieurs recommandés dans ce but, tels que les préparations mercurielles et chlorurées et plusieurs autres employés en collyres, il dit n'y avoir que peu de confiance et leur préférer de simples lotions à l'eau froide.

Il reprend ensuite l'examen des mesures à prescrire dans les hôpitaux pour s'opposer à la propagation de la blennorrhée, et reconnaît de nouveau l'urgente nécessité du renouvellement et de la purification de l'air dans les salles où les blennorrhoïques sont traités, parcequ'*un air chargé d'émanations animales aggrave les maladies, et retarde la guérison, et qu'il n'est pas de maladie qui vicie aussi promptement l'air que les blennorrhées.* — Mais il serait sans utilité et sans intérêt de fournir une analyse plus détaillée de ce chapitre parce qu'il ne contient rien que d'autres auteurs allemands connus chez nous n'aient prescrit.

Nous voilà arrivé à la thérapeutique. Ce chapitre comme l'auteur en fait lui-même l'observation dans sa préface, est d'une longueur qu'on pourra trouver extrême et contient une infinité de détails qu'on doit considérer comme accessoires et auxquels nous pensons de ne pas devoir nous arrêter, mais en revanche il renferme d'excellents préceptes et des considérations d'une grande valeur que nous allons faire connaître.

Et au nombre de ces dernières nous classons les réflexions par lesquelles l'auteur entre en matière et dans lesquelles il insiste sur la nécessité d'attaquer tout d'abord la blennorrhée comme telle, sans égard à la nature des causes par lesquelles on *suppose* qu'elle peut

être produite puisqu'il n'y en a aucune de certaine et qu'il n'est plus temps d'arrêter leurs effets quand déjà elles ont engendré la maladie et s'élève surtout contre le préjugé de rappeler la blennorrhagie urétrale, quand elle a existé.

Il réduit à trois toutes les indications curatives de la blennorrhée aiguë.

1° *Abattre l'inflammation blennorrhoïque, l'empêcher au moins de s'aggraver et de s'étendre à l'expansion cornéenne de la conjonctive ou de produire une kératite consensuelle* ;

2° *Diminuer l'âcreté de la matière sécrétée de peur qu'elle ne corrode la cornée.*

3° *Réprimer la tuméfaction de la conjonctive et de ses papilles.* Peut-être pourrait-on considérer à la rigueur les deux dernières indications comme entièrement subordonnées à la première, y rentrant même en quelque sorte et ne pouvant être remplies sans qu'il soit satisfait à celle-ci : mais ce n'est pas de nos vues qu'il est question, c'est de celles de l'auteur. Voyons comment il les justifie.

On remplit la première indication par la méthode antiphlogistique employée avec plus de hardiesse que dans toute autre phlegmasie. On *doit* procéder ainsi parceque l'œil, étant placé à une grande distance du point central de la vie organique, n'est pas aussi promptement affecté par l'abexcitation générale; on *peut* procéder ainsi parceque les organes essentiels à l'entretien de la vie n'étant pas troublés dans leur exercice par l'existence de la blennorrhée peuvent refaire par conséquent avec promptitude les pertes essuyées.

On satisfait à cette indication ou indirectement ou directement ; indirectement, en soustrayant l'œil à l'action de tous les facteurs qui pourraient l'irriter ou y aviver l'inflammation ; directement par les applications froides, les purgatifs ou vomitifs et les saignées; les premières sont le remède par excellence, conviennent à tous les degrés de la maladie et aussi bien à la forme torpide, qu'à la nerveuse et à la phlegmasique ; par contre les applications chaudes sont toujours et absolument nuisibles.—Les indications des purgatifs, toujours pressantes dans le traitement, le sont tout particulièrement en cas de constipation ; les vomitifs conviennent surtout quand il y a complication saburrale. Quant aux indications de tirer du sang, elles se puisent principalement dans la violence de la blennorrhée, la rapidité de sa marche, l'âge, la constitution et l'état des forces du malade. La saignée du bras suffit à toutes les exigences; elle peut se faire à l'un et à

l'autre indistinctement ; l'ouverture de la jugulaire ou de la temporale n'est jamais nécessaire.

Les sangsues peuvent convenir quand la rémission amenée par la phlébotomie n'est que transitoire ; quand les exacerbations combattues par cette dernière vont en diminuant d'intensité ; quand enfin les malades sont d'une complexion faible, ou que, comme chez les jeunes enfants, l'ouverture de la veine est difficile à opérer. L'auteur pense d'ailleurs que ce n'est pas par la seule soustraction du sang que les sangsues agissent, mais par un effet dynamique spécial et en quelque sorte magnétique, ce qu'il infère de ce qu'il a vû souvent des douleurs se calmer chez des individus sensibles, irritables, disposés au somnambulisme, lorsqu'à peine les sangsues étaient apposées et avant la perte d'une goutte de sang.

Il proscrit d'une manière absolue les scarifications des paupières; il ne fait pas d'exception pour celle que le docteur Tyrrell, de Londres, a préconisée pour lever l'étranglement de la cornée : il est moins sévère pour l'ouverture des veines palpébrales externes, des angulaires temporales et frontales par la lancette, mais les croit cependant rarement utiles. Il condamne les excisions de la membrane chémotisée et la ponction de la cornée pour évacuer l'humeur aqueuse. Il n'est pas partisan des dérivatifs cutanés, ni des bains chauds soit entiers soit partiaux. Si les premiers se sont montrés quelquefois utiles, c'est qu'il existait une complication rhumatismale, tout comme ces derniers et les diaphorétiques ont rendu des services quand l'ophthalmie était simplement catarrhale. — L'onguent mercuriel seul, ou mêlé à l'opium, n'est jamais indiqué dans le premier stade, mais on peut y recourir avec succès dans le second, lorsque l'inflammation est abattue et qu'il ne reste plus que des douleurs revenant périodiquement vers le soir. — Mais existe-t-il des signes auxquels on puisse distinguer les douleurs inflammatoires des nerveuses ? L'auteur pense qu'oui, et indique les suivants : les douleurs dépendantes de l'inflammation renaissent à chaque congestion nouvelle, ne se manifestent que pendant les 5 ou 6 premiers jours, reviennent indifféremment et le jour et la nuit, sont caractérisées par un sentiment de pesanteur, de tension, de plénitude et une grande chaleur de l'œil, par l'écoulement d'un mucus ténu et brûlant et particulièrement par le prompt échauffement des applications froides : les douleurs nerveuses n'apparaissent d'ordinaire qu'après la sédation des phénomènes inflammatoires, par conséquent du 6e au 8e

jour, lorsque les fomentations froides ne s'échauffent plus guère malgré leur séjour prolongé sur l'œil et peuvent en conséquence être abandonnées: elles se manifestent surtout entre 5 et 9 heures du soir, durent jusqu'à minuit, consistent dans des élancements rapides, bornés souvent à un seul point circonscrit, aux sourcils, au front ou aux tempes, s'accompagnent de bourdonnement d'oreilles, de spasmes fugitifs des paupières ou du globe de l'œil, avec augmentation de la photophobie, et d'un écoulement séreux (sécrétion plus abondante des larmes), mais qui ne donnent pas cette sensation particulière de chaleur, enfin par cette circonstance que pendant leur durée les applications ne s'échauffent pas plus promptement que pendant leur absence et sont même quelquefois nuisibles.

Après avoir jeté un blâme sévère sur ceux qui traitent la blennorrhée oculaire par des topiques seulement en se fondant sur ce que le mal est simplement local, l'auteur dit quelques mots de l'emploi du nitrate d'argent en solution concentrée ou en crayon appliqué immédiatement sur la membrane enflammée, et, tout disposé qu'il est à la rejeter *à priori*, il s'abstient de se prononcer par la raison qu'il n'en a jusqu'à présent jamais essayé.—Il est évident d'après le peu qu'il en dit qu'il ne reconnaît au sel d'argent qu'une propriété destructive, et non cette vertu résolutive, dont chaque jour nous constatons la puissance, non seulement dans la blennhorrée oculaire mais aussi dans l'urétrale.

On remplit la seconde indication par des abstersions et lotions fréquentes de l'œil malade, ou des injections entre les paupières, soit avec de l'eau froide soit avec un liquide adoucissant ou anodin appliqué froid. L'auteur entre ici dans des détails très-étendus sur les meilleurs moyens de procéder à cette opération, d'écarter les paupières, de découvrir la cornée, etc. ; il émet à cette occasion son sentiment que ce n'est pas trop d'un infirmier pour chaque blennorrhoïque.

La troisième indication concerne principalement le deuxième stade de la maladie. On y satisfait par l'emploi de collyres astringents, secs, gras ou liquides; accidentellement par les sangsues appliquées sur la muqueuse palpébrale tuméfiée; quelquefois les caustiques ou l'instrument tranchant sont exigés par elle. L'auteur souligne ici la phrase suivante : *autant un traitement actif est nécessaire pendant la première période et les premiers jours de la seconde dans une blennorrhée aiguë grave, autant faut-il y mettre de modération quand le bourrelet qui recouvrait la cornée n'existe plus et que la*

maladie a pris les caractères d'une blennorrhée du premier degré. Il vaut mieux temporiser alors qu'agir avec précipitation, comme il convient toujours de le faire dans le deuxième stade d'un blennorrhée de premier degré. — Il trace ensuite les règles diététiques à observer en pareille circonstance, et qui consistent surtout à user d'une alimentation analeptique sans être irritante, de prendre du mouvement, et de familiariser peu à peu l'œil avec l'action de la lumière. On peut espérer de guérir par ces seuls moyens, et sans l'intervention d'aucune médication spéciale, les accidents consécutifs, tels qu'excoriations et ulcères de la conjonctive et de la cornée, et même les procidences de l'iris. Cependant en cas d'ulcères de la cornée et d'épanchement entre ses lames, le laudanum liquide de Sydenham pur produit une détersion prompte et une rapide résorption. On est parvenu souvent par l'emploi persévérant de ce même moyen à arrêter les ramollissements partiels de la cornée et sa suppuration. Quand tous les efforts pour empêcher cette dernière terminaison sont impuissants, il faut la favoriser et combattre les douleurs dont elle s'accompagne, par des cataplasmes émollients. C'est alors aussi que la ponction du la cornée peut trouver sa place. — L'auteur dit quelques mots du traitement des douleurs qui persistent quelquefois après la chute des symptômes inflammatoires, et remarque qu'il doit varier, suivant qu'elles dépendent d'une cause congestive, nerveuse, ou spécifique, et traite brièvement de celui de l'ectropion, tant des paupières supérieures qu'inférieures. — Avant de terminer cette partie de son mémoire, il revient encore et insiste sur les grands avantages qui résultent de l'emploi d'une méthode simple et prudente pour obtenir une guérison complète de l'état aigu, l'empêcher de passer à l'état chronique et éviter les nombreux désordres qu'il laisse souvent après lui.

L'auteur commence l'article du traitement de la blennorrhée chronique par la présentation d'un long catalogue de moyens, collyres, pommades etc., indiqués par les auteurs et remarque avec beaucoup de sens que leur grand nombre démontre à suffisance qu'il n'y en a pas un seul doué d'une vertu spécifique et qui réussisse dans tous les cas. Il recommande en conséquence de se méfier de tous, de n'en user qu'avec une réserve d'autant plus grande que le remède à employer a plus d'énergie et il en appelle à tous les temps et tous les lieux pour porter témoignage du danger d'y recourir intempestivement. — Il est essentiel, suivant lui, de rechercher avant de faire choix d'un traitement, si la blennorrhée chronique est fraîchement

née d'une aiguë, ou si déjà elle a existé depuis longtemps. — Dans le premier cas il faut tâcher de pénétrer la cause de ce passage à la chronicité : la plus commune serait l'abus des collyres astringents dans l'état aigu. Cette circonstance a-t-elle eu lieu, il faut abandonner tout traitement actif, revenir aux lotions avec de l'eau froide et toucher, le cas échéant, les ulcères cornéens avec une faible solution de pierre divine laudanisée. — Un régime diététique approprié à l'individualité de chaque malade est ici d'un grand secours et on s'y est admirablement bien trouvé de la pérégrination. — Si malgré l'emploi persévérant de cette méthode il ne s'opère pas de changement il faut avoir recours à quelques moyens astrictifs et altérants, en commençant toujours par les moins actifs, et en passant successivement à ceux qui le sont davantage.

La maladie a-t-elle persisté déjà depuis longtemps sous la forme chronique il faut s'assurer avant tout *si la sursécrétion muqueuse est abondante et la tuméfaction des papilles légère*, ou si, par contre, *la granulisation est forte et la sécrétion faible*. Dans le premier cas il y a peu de chose à espérer de la thérapeutique ordinaire, ce n'est que du passage accidentel de la maladie à l'état aigu ou d'une inoculation artificielle du virus blennorrhoïque qu'on pourrait attendre la guérison : dans le deuxième, il faut débuter par le traitement antiphlogistique, les fomentations froides, les minoratifs, pour apaiser les symptômes inflammatoires, s'il en existe. Y est-on parvenu, ou tout d'abord n'en a-t-on pas reconnu, et les granulations sont-elles molles, sans résistance, spongieuses, saignent-elles facilement, on en obtient la guérison au bout d'un certain temps par des collyres légèrement astringents. Résistent-elles à ces moyens, durcissent-elles, perdent-elles de leur sensibilité, il faut avoir recours à la cautérisation ou à l'excision. — Il en est de même quand de prime abord on les a rencontrées dans cet état. — L'auteur condamne ici de nouveau les scarifications, et proclame la supériorité de l'instrument tranchant sur les caustiques dont l'application est d'après lui, excessivement douloureuse, provoque souvent de fortes réactions et demande à être fréquemment répétée. Il leur reproche encore de pénétrer trop profondément, d'opérer des destructions étendues, d'intéresser des papilles saines, d'en altérer la texture, d'anéantir leurs fonctions sécrétoires et de produire la xérophthalmie.

Il est cependant moins hostile au nitrate d'argent en crayon qu'aux autres caustiques, et reconnaît que son emploi est rationnel et sans danger entre des mains habiles. Abonné comme il paraît l'être

à ces *Annales*, qu'il cite à plusieurs reprises dans la Bibliographie, les résultats obtenus en Belgique par ce sel ne sont pas sans influence, je suppose, sur l'exception qu'il prononce en sa faveur.

Il n'a aucune confiance aux révulsifs cutanés dans le traitement de la blennorrhée chronique; il ne pense pas que chez des individus d'ailleurs bien-portants des moyens internes conviennent, si ce n'est pour entretenir la liberté du ventre; mais s'il existait des complications avec d'autres maladies ou une dyscrasie, il faudrait avoir recours à des moyens propres à corriger celle-ci et détruire celles-là.

L'ouvrage est terminé par une indication bibliographique très-étendue, comprenant, autant que je suis à même de le vérifier toutes les monographies qui ont été écrites sur la matière depuis 1727 jusqu'en 1838.

Malgré l'étendue de ce compte-rendu et les nombreux détails dans lesquels nous sommes entré, nous craignons bien de n'avoir donné qu'une idée bien imparfaite du mérite de ce travail et de son importance. Il est trop substantiel, renferme un trop grande nombre de faits qui servent de prémisses aux raisonnements pour pouvoir être bien compris à l'aide d'une simple analyse. Il nous paraît contenir aussi beaucoup de choses neuves, au moins le sont elles pour nous. Ce sont elles que surtout nous avons voulu signaler à nos confrères. Si nous nous sommes permis quelques réflexions critiques, c'est pour appeler spécialement leur attention sur les points controversés et les engager à les approfondir.

En somme cet ouvrage nous a paru très-digne d'être connu et médité, et nous aurions rendu un véritable service à la littérature médicale française, si nous avions pu faire naître à quelque médecin, ayant les connaissances et le loisir nécessaires, l'idée d'en faire une traduction.

FALLOT. D.M.

VARIÉTÉS.

RÉPONSE DE M. CH. PHILLIPS A MA RÉCLAMATION RELATIVE A LA DIVISION SOUS-CUTANÉE DE L'ORBICULAIRE DES PAUPIÈRES.

La note suivante a été insérée dans le dernier numéro des *Annales d'Oculistique* (avril, p. 44); je la reproduis afin de mieux faire apprécier le sens de la lettre que M. Ch: Phillips m'a adressée et qui se trouve insérée ci-dessous :

« On lit dans le compte-rendu de la séance du 22 mars de l'Académie des Sciences (*Gazette méd. de Paris*, n° 14, 3 avril 1841, p. 219) : « *M. Phillips dit aussi avoir pratiqué à St-Pétersbourg la section des « muscles orbiculaires des paupières pour un cas d'ectropion, sur- « venu sans ophthalmie et à la suite de convulsions, mais il ne donne « aucun détail sur cette opération.* » — Lorsque le 8 mars, j'ai vu M. Ch. Phillips, à l'hôtel du Groeneudaal, je lui ai dit que *j'avais eu recours à la division sous-cutanée de l'orbiculaire* dans un cas *d'ectropion* de la paupière inférieure, et que *plusieurs fois* j'avais pratiqué cette division dans l'introversion palpébrale ; dans la matinée même j'avais divisé sur un même œil, l'orbiculaire de la paupière inférieure, celui de la supérieure, et l'élévateur palpébral ; cette opération a eu lieu en présence et avec l'assistance de M. le docteur Fleussu et de M. Moons, chirurgien. M. PHILLIPS, JE TIENS A CE QU'IL LE DÉCLARE LUI-MÊME, NE M'A PAS DIT MOT DE L'OPÉRATION QU'IL RAPPORTE AVOIR PRATIQUÉE A ST-PÉTERSBOURG ; IL Y A PLUS, IL M'A DEMANDÉ DE LUI DÉCRIRE LE PROCÉDÉ QUE J'AI SUIVI, CE QUE JE ME SUIS EMPRESSÉ DE FAIRE. — Il y a plus d'un an déjà que MM. les docteurs Cutler, Perkins, Feigneaux, Mouremans, Van Swygenhoven, Servais, ont vu un malade sur lequel j'avais divisé l'orbiculaire pour arriver à réduire un entropion ; il y a plus d'un an que ces confrères m'entendent professer que l'entropion est presque toujours entretenu par la contracture de l'orbiculaire, et m'en voient faire la division. »

Voici comment M. Phillips se justifie :

Monsieur,

Je viens de recevoir le n° du journal que vous m'avez envoyé, j'y trouve une réclamation relative à la section sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières.

Voici Monsieur comment j'ai agi dans cette occasion. Je venais de couper l'orbiculaire de la bouche, je l'ai écrit à l'Académie des Sciences en donnant les détails de cette opération ; j'ai ajouté que j'avais aussi coupé l'orbiculaire des paupières, *mais sans donner des détails* comme vous le dites vous-même. Ce qui preuve que je ne regardais pas cette opération comme m'appartenant. Dans une simple communication, je n'avais pas à me constituer l'historien de vos travaux, c'est pourquoi je n'ai rien dit de votre opération, je ne vous en ai pas parlé à Bruxelles parceque cela ne m'a pas convenu, et je termine en vous disant que je comprends peu votre manière d'user de la presse. Je désire Monsieur d'après ce qui vient de se passer, ne plus conserver des relations entre nous, j'aime mieux rester dans la position que vous avez faite vous même par votre première attaque contre moi.

J'ai l'honneur de vous saluer. Ch. Phillips.

J'abandonne au lecteur le soin d'apprécier la justification de M. Ch. Phillips ; il reconnait que l'*opération ne lui appartient pas*, *que je lui ai donné la description du procédé que j'ai suivi* et QU'IL NE M'A PAS DIT MOT *de l'opération qu'il rapporte avoir pratiquée à St. Pétersbourg*. Ces aveux me suffisent. Je n'ai pas à rechercher les raisons qui ont pu faire qu'il CONVÎNT à mon confrère liégeois de me demander comment je m'y étais pris pour diviser l'orbiculaire palpébral, et qu'il ne lui CONVÎNT PAS de me dire qu'il avait pratiqué pareille opération.

M. Phillips « comprend peu, dit-il, ma manière d'user de la presse. » S'il y a quelque chose d'étrange dans tout ceci, c'est bien, si je ne me trompe, la manière dont M. Phillips a *usé de la confidence* que je lui ai faite. Et après sa lettre à l'Académie, dans laquelle il présentait comme sienne — ce qu'il désavoue maintenant — l'opération que j'ai pratiquée le premier, et dont aussi j'ai conçu l'idée, quoi de plus naturel que ma réclamation? En cette occasion ma conduite a été trop modérée ; si je rapportais en entier ma conversation avec M. Ch. Phillips, on verrait que j'y mets plus que de la retenue. Mais je ne veux en aucune façon m'écarter de la ligne que je me suis tracée ; m'expliquer plus catégoriquement serait ouvrir la voie aux personnalités, et elles doivent, comme les grossièretés et les injures, être bannies de la polémique scientifique. En adressant quelques questions à M. Phillips, je n'ai été mu par aucune arrière-pensée ; je les lui eusse faites par une autre voie que celle de la presse, si les explications que j'attendais et que j'attends encore de lui, ne devaient servir à l'histoire.

Mon confrère « *désire, d'après ce qui vient de se passer, ne plus conserver des relations avec moi.* » J'attachais le plus haut prix à

entretenir des relations avec lui ; mais puisqu'il le préfère, nous resterons dans la position que j'ai faite par ce qu'il appelle *ma première attaque contre lui.* Cela me fait espérer une critique de ce que j'ai écrit au sujet du strabisme, et m'ouvre la porte à l'examen des diverses productions de mon savant confrère de Liége. Je m'en réjouis. J'aurai, je le sais, affaire à forte partie, à un grand nom ; mais n'importe, j'entrerai en lice sans peur, fort de n'avoir rien avancé que l'expérience n'eût sanctionné, que ma conscience n'avouât.

Mais avant de m'engager définitivement à suivre M. Phillips, j'y mets pour condition qu'il choisisse un terrain purement scientifique, et il faut de nécessité qu'il veuille bien répondre aux questions suivantes, que je lui ai adressées par la voie des *Annales d'Oculistique* du mois dernier, questions dont *il ne lui a pas convenu* de parler dans la lettre que j'ai transcrite ci-dessus, et que je reproduis ici par ce motif :

« Est-il vrai que se trouvant à Bruxelles dans les derniers jours d'octo-
« bre 1839, — précisément quelques jours avant son départ pour Berlin,
« — il y ait fait rencontre d'un de ses anciens condisciples de l'Université
« de Liége, M. le docteur Misson, de Namur?

« Est-il vrai que M. Misson l'ait beaucoup entretenu de moi ; qu'il lui ait
« parlé des nombreuses opérations de cataracte et de pupille artificielle
« dans lesquelles lui, M. Misson, m'avait servi d'aide?

« Est-il vrai que M. Misson lui ait dit que je me livrais depuis un certain
« temps à des expériences sur des animaux pour arriver à diviser les mus-
« cles moteurs de l'œil, dans le strabisme?

« Enfin, M. Misson ne lui a-t-il pas aussi fait part de mon projet de di-
« viser quelques jours plus tard le droit externe dans un strabisme diver-
« gent, que je lui avais montré, — projet que j'ai mis à exécution le 29 ?»

Je le répète, je fais ces demandes sans aucune arrière-pensée. Il y a un an que j'ai écrit à M. le chevalier d'Ammon que je les adresserais, mais seulement si M. Dieffenbach et ses serviteurs ne cessaient point leurs attaques contre moi.

On sait ce qui a eu lieu.

Maintenant M. Phillips se taira-t-il ? — Si cela arrivait, je devrais me tourner vers M. Dieffenbach et réclamer de lui des explications, qu'il ne donnerait probablement pas, car, on ne l'aura pas oublié sans doute, *il n'a rien à répondre à un ennemi comme moi ; son silence témoigne assez de son mépris.* Rien de plus facile que de se retrancher derrière une pareille formule ; je la recommande aux écrivains dans l'embarras.

9 Mai 1841. FLORENT CUNIER.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome V. — 2me livraison. — Juin 1841.

LETTRE A UN CONFRÈRE PARISIEN,

A L'OCCASION DU MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR CAFFE SUR L'OPHTHALMIE RÉGNANTE EN BELGIQUE.

Monsieur et très-honoré confrère,

En me faisant l'honneur de me demander mon avis sur la brochure de M. Caffe relative à l'ophthalmie régnante en Belgique, vous m'imposez une tâche aussi difficile que délicate; vous n'ignorez pas, qu'en venant, moi dernier, après tous les hommes éminents qui se sont occupés de ce sujet, je risque fort d'être jugé avec une sévérité d'autant plus grande que j'apporterai plus d'objections aux idées énoncées dans le rapport publié à Paris.

Je néanmoins donc examiner le travail de notre confrère, en apportant dans la discussion toute la conscience qui doit présider à la critique littéraire.

Vous connaissez déjà le rapport de M. Bouvier sur le mémoire de M. Caffe; ainsi que vous avez pu vous en convaincre ce rapport n'a nullement pesé la valeur des faits sur lesquels s'appuie l'auteur; il ne s'est pas même enquis de leur nouveauté.

Admettant comme irrécusables les preuves apportées par M. Caffe à l'appui de sa manière de voir, M. Bouvier s'est cru en droit de louer sans restriction, un travail qui nous a paru, à nous autres Belges, laisser beaucoup à désirer. Et cela ne doit pas vous surprendre; il n'est peut-être pas de question qui ait été aussi profondément méditée, aussi vivement débattue par les médecins de notre pays, par les médecins de notre armée surtout, que celle de l'ophthalmie dite *militaire*. La sévérité, avec laquelle ils jugent les tra-

vaux qui se publient sur cette question est donc bien naturelle, et quand ils ont appris qu'un médecin français avait été envoyé en Belgique, dans le but avoué de rechercher les causes et le traitement de cette déplorable affection, ils ont du attendre de sa part, sinon un travail complet, du moins des détails vrais de tous points, des observations consciencieusement suivies et minutieusement décrites, des inductions rigoureusement déduites.

Or, il faut bien que je vous le dise, ce n'est point par ces qualités que brille l'ouvrage de M. Caffe, et il ne me sera guère difficile de vous le prouver (1).

Il ne suffit pas de dire que notre ophthalmie dépend essentiellement de *l'encombrement* et se propage par *infection* ou *contagion miasmatique* : il faut nécessairement appuyer cela de preuves nombreuses, certaines, irrécusables, et je n'en trouve pas une de ce genre dans le rapport de M. Caffe : car, cette opinion, que plusieurs admettent, je le confesse, n'a jamais satisfait les esprits rigoureux, qui ne la considèrent que comme un pis aller et ne s'y rallieront, que dans le cas où l'examen rigoureux des faits ne leur permettrait pas de s'expliquer d'une autre manière l'origine, l'existence et la perpétuation du mal.

Et qu'adviendrait-il pourtant, si on parvenait à démontrer qu'en définitive l'ophthalmie n'est que la suite de l'état granuleux des conjonctives, qu'apportent avec elles les recrues arrivant annuellement aux corps, état auquel les circonstances inhérentes à la vie militaire viennent imprimer chez plusieurs une déplorable activité ?

Par un excès de délicatesse M. Caffe a cru devoir s'abstenir de

(1) Un de nos confrères, M. le médecin de régiment Loiseau, vient, de son côté, de publier au sujet du mémoire de M. Caffe, une lettre pleine d'intérêt et dans laquelle il aborde avec bonheur un des points de ce travail celui des granulations (*Ann. d'Oculist.* octob. 1840.) M. Caffe a cru devoir, depuis, répondre à ce travail dans le n° de novembre ; mais à mon sens, il ne réfute sérieusement aucune des objections soulevées par M. Loiseau, objections que je regarde, pour mon compte, comme très-importantes. Deux écueils m'ont toujours paru également redoutables dans l'étude d'un grand nombre de cas pathologiques : l'un, c'est de les concevoir *à priori* d'une manière abstraite et trop générale et de les subordonner à l'observation rigoureuse des faits ; c'est la situation dans laquelle paraît s'être trouvé M. Caffe ; l'autre, au contraire est de voir les faits sans les lier par aucune théorie. La route de la vérité est entre ces deux extrêmes ; il faut ici, comme on l'a fait dans toutes les sciences, coordonner les faits particuliers par des lois d'abord partielles, pour remonter ainsi par la généralisation successive de ceux-ci, jusqu'aux lois générales auxquelles on arrivera un jour pour se rendre compte de l'ophthalmie et pour la combattre avec certitude.

visiter les hôpitaux et les dépôts d'ophthalmiques, et de se mettre en rapport avec les principaux médecins pour lesquels cette maladie avait été un sujet spécial d'études. En craignant de rencontrer ici des hommes d'une opinion opposée à la sienne, et de devoir modifier par suite des discussions auxquelles il se serait livré avec eux, sa manière de voir sur cette affection, il en est résulté que les documents qu'il a recueillis à la hâte, et qui servent de base à ses observations, manquent souvent d'exactitude— ce qui n'a pas peu contribué à affaiblir le mérite de son travail. On peut encore reprocher à M. Caffe d'avoir négligé de citer plusieurs puissants moyens prophylactiques qui, à l'époque de son voyage, étaient déjà mis à exécution, ainsi que de n'avoir pas fait connaître en terminant, ceux qu'il avait promis (page 28) d'indiquer comme étant, d'après lui, les plus propres non-seulement à détruire, mais encore à prévenir l'ophthalmie.

M. Caffe ne paraît pas avoir cherché non plus à connaître ni à suivre les améliorations obtenues dans la guérison de l'ophthalmie, en même temps que s'exécutaient les modifications dans l'uniforme ainsi que les autres instructions relatives à cette maladie, données le 1er mai 1834. C'est à mon sens une faute immense, car les chiffres cités par M. Caffe auraient une toute autre valeur s'il avait été éclairé à ce sujet, et s'il avait été informé surtout que cette exécution ne remonte qu'à un petit nombre d'années.

Les opinions émises sur les causes qui ont déterminé l'ophthalmie de l'armée ont été fort nombreuses, mais il en est trois surtout qui ont fixé et ramené à elles la plupart des hommes de l'art. L'une a eu pour soutiens quelques personnes qui croyaient pouvoir expliquer les causes de cette affection par la seule influence des agents extérieurs, ou des corps étrangers introduits directement entre les paupières. Au nombre de ces corps se trouvaient la craie, le tripoli, et le sulfate de cuivre.

La seconde est celle des compressionistes, qui ont cru pouvoir, à leur tour, rechercher la *cause prédisposante* du mal dans la congestion conjonctivale produite par la compression du cou d'une part, et par celle du front de l'autre.

La troisième est celle des contagionistes qui se divisent eux-mêmes en deux camps, les uns admettant la transmission du virus par le contact immédiat, les autres croyant à la contagion médiate ou miasmatique. M. Caffe appartient à ces derniers.

Le tort de chacune de ces opinions c'est d'être trop exclusive;

il en est en effet de l'ophthalmie comme de beaucoup d'autres maladies, que l'on voit journellement produites par une foule de causes diverses.

Savaresi et autres auxquels sont dus les premiers écrits sur la matière, pensèrent d'abord pouvoir se rendre compte de l'apparition du mal par l'action du sable, de la craie, et du tripoli employés au nettoyage des uniformes. Vous savez que cette opinion est à peu près abandonnée aujourd'hui. Il me paraît donc inutile d'insister pour en démontrer le peu de fondement; je dirai seulement que c'est par erreur que M. Caffe avance (page 42) que notre 2me chasseurs à pied n'emploie pas le tripoli, les ornements des schakos, les jugulaires, les boutons, les poignées de sabre, ne se fourbissent pas avec une autre substance : ce régiment ne diffère donc en rien des autres sous ce rapport.

Les principales objections faites par M. Caffe aux partisans de la compression paraissent avoir pris leur source, en ce qui touche le mode d'habillement, dans l'inexactitude des documents qui lui ont été fournis. Aucun médecin militaire n'ignore en effet ici, que bien que depuis longtemps les chefs du service de santé aient indiqué les moyens qu'ils croyaient les plus propres à faire cesser l'ophthalmie, en apportant des modifications dans l'habillement militaire, néanmoins ces modifications n'ont reçu réellement un commencement d'exécution qu'en 1834, époque à laquelle le gouvernement crut devoir prendre enfin des mesures sérieuses pour les introduire. Il n'est donc pas rigoureusement vrai de dire que les changements apportés dans la coupe des habits, la forme et le poids du schako, n'ont été suivis d'aucune amélioration, puisque ces changements datent, au plus, des cinq ou six dernières années, et qu'il est hors de doute que c'est à dater de cette époque que l'ophthalmie a pris une marche décroissante, malgré le peu de soin avec lequel ils ont été exécutés. M. Caffe aurait probablement évité l'erreur dans laquelle on l'a conduit, s'il avait comparé la moyenne du nombre des malades, pendant les cinq premières années qui suivirent immédiatement la révolution belge, avec cette même moyenne des années écoulées depuis 1834 (1).

(1) Je ne sais en vérité où ce médecin a puisé ses renseignements : à la date où il écrivait son rapport (15 janv. 1839) il prétend que l'on comptait 5,000 ophthalmiques dans notre armée composée alors de 50,000 hommes. Or, non-seulement l'effectif de l'armée était beaucoup plus considérable à cette époque, mais

Je me hâte de dire toutefois que je ne considère pas la compression comme la seule cause de la maladie. Je dirai plus bas comment j'entends qu'elle a pu exercer une grande influence sur son développement et la maintenir dans l'armée.

Partisan de l'infection miasmatique, M. Caffe croit pouvoir avancer avec certitude que l'ophthalmie s'est constamment maintenue, depuis 1814, dans quatre garnisons seulement (page 27). Or, tous les officiers de l'armée belge, depuis longtemps au service, savent parfaitement bien que cette maladie n'a pas moins exercé ses ravages sur les troupes en garnison à Bruxelles, Mons, Tournay, Louvain, que sur celles de Gand, Liége et Anvers, et cette extension générale de l'ophthalmie est tout à fait en rapport avec les connaissances acquises aujourd'hui sur l'étiologie de cette maladie.

M. Caffe fait observer encore que les officiers échappent à la maladie, ce qu'il croit devoir attribuer à ce que les casernes constituent de véritables foyers d'infection miasmatique, dans lesquels ils ne sont pas constamment plongés, à l'instar des soldats. On peut, comme vous devez le penser, Monsieur, facilement répondre à cette objection ; car, outre leur service moins pénible, les officiers ont la faculté de rentrer immédiatement après l'accomplissement de celui-ci, dans la vie civile et de jouir ainsi des avantages hygiéniques qu'elle leur procure. Ils ont de plus, de tous temps, fait apporter dans la confection de leurs habits, de leurs cols, de leurs schakos, toutes les commodités qu'ils désiraient. Et certes, il n'en est pas de même pour les soldats, qui longtemps après leurs exercices, sont souvent forcés, à leur arrivée au quartier, de conserver une partie de leur habillement, soit pour les corvées, soit pour toute autre besogne qu'on juge convenable de leur imposer.

Néanmoins M. Caffe se voit forcé de reconnaître que les mesures énergiques prises par M. le ministre Évain en 1834, et relatives aux uniformes, ont amené un résultat favorable, celui d'enrayer la maladie. Cet aveu est précieux de la part d'un partisan de l'infection, car, par là même il confesse la bonté de ces mesures.

Certes, je suis le premier à le dire, ces mesures n'ont fait qu'enrayer le mal ; mais pourquoi ? parce qu'elles n'ont jamais été *complétement exécutées*. Une des principales, je dirai même des plus indispensables, c'eut d'une part, le renvoi dans leurs foyers de tous les hommes

les rapports officiels n'accusaient alors qu'un chiffre de 313 ophthalmiques dans nos hôpitaux, et moins de mille granulés dans les dépôts.

porteurs de n'importe quelle affection oculaire, de l'autre la non admission au service de ceux qui en eussent présenté les moindres traces. Eh bien ! celle-là n'a *jamais* été mise à exécution : on peut s'en assurer en parcourant la préface qu'a jointe à la traduction de l'ouvrage de B. Eble, M. l'inspecteur général Vleminckx. L'effet nécessaire, inévitable, de la violation de cette partie des instructions de mai 1834, a été la perpétuation du mal, jusqu'à ce qu'à la suite de longs et de persévérants essais, on en soit venu à trouver des moyens assurés pour parvenir à l'extirpation générale des granulations, ce qui a pu faire renoncer tout à la fois et à la mesure du renvoi dans les foyers, qui a donné lieu a tant de plaintes ; et à celle de la non admission ou de la mise immédiate en traitement des recrues ayant les conjonctives palpébrales plus ou moins granulées.

Ai-je besoin d'ajouter que l'exécution des instructions du 1er mai 1834, ainsi modifiées a éteint à peu près entièrement le mal, ainsi qu'il conste des tableaux qui viennent d'être publiés dans les *Annales d'Oculistique ?*

Je viens de dire que la non admission des recrues granulées ou plutôt leur mise immédiate en traitement aussitôt après leur incorporation, a été un des grands moyens d'extirpation. En effet, *c'est en recevant dans ses cadres des conscrits granulés, que l'armée recrutait des malades.* Cette opinion ne peut être révoquée en doute, si l'on se rappelle que les visites des recrues arrivant aux corps ont parfaitement démontré aux médecins chargés de ce soin, la présence d'un nombre *considérable* d'hommes porteurs de granulations vésiculeuses ou papillaires. Ce seul fait explique clairement, selon moi, pourquoi les ophthalmies se déclaraient de préférence chez les jeunes soldats. Et si l'on veut bien se rappeler les causes excitantes auxquelles ces hommes sont soumis à leur entrée au corps, soit par le changement d'alimentation, soit par la gêne qu'ils éprouvent sous l'uniforme, soit par les transitions brusques du chaud au froid auxquelles ils se trouvent soumis et par celles non moins grandes auxquelles les livrent les exercices, on peut facilement se rendre compte de l'invasion si fréquente de la maladie chez eux pendant la première année de leur entrée au service, sans avoir besoin de recourir à la cause fort obscure de l'infection, sans admettre surtout ce fait si inexact de l'encombrement des casernes.

Enfin M. Caffe pour soutenir son opinion d'infectionniste n'hésite pas à avancer quo l'ophthalmie affecte de préférence certains régiments, quoique les relevés faits à ce sujet aient positivement démon-

tré le contraire; il est aujourd'hui parfaitement établi en effet qu'elle les a frappés à peu près tous indistinctement, et tout ce qu'il est permis de dire à ce sujet, c'est que la cavalerie, et la cavalerie seule, en a *moins* souffert que les autres armes.

Je me suis servi jusqu'ici du mot de maladie en parlant de l'ophthalmie, car il m'est impossible de la considérer comme une épidémie, nom sous laquelle la désigne M. Caffe (page 44), tout en reconnaissant cependant (page 49) qu'on ne voit jamais régner épidémiquement une maladie d'yeux. Une épidémie continue, régnant sans interruption depuis 1814, serait un fait anormal en opposition avec le caractère distinct des épidémies.

Comme on n'a pas voulu voir dans la coupe différente des uniformes des fantassins et des cavaliers, une cause de prédisposition à l'ophthalmie, on a cru pouvoir *a priori* considérer les casernes d'infanterie comme des foyers d'infection déterminée par l'encombrement des hommes qu'elles renferment (page 53), tandis qu'au contraire les quartiers de cavalerie, par le plus grand espacement des lits, se trouvaient placés en dehors des influences miasmatiques. J'ignore si en France les réglements diffèrent à ce sujet pour chacune de ces armes, mais ici celui qui règle la disposition des lits dans les chambres est exactement le même, non seulement pour l'infanterie et la cavalerie, mais encore pour les corps d'élite. Ce réglement prescrit entre chaque lit la distance de 2 pieds 1/2, et chercher à se rendre compte de l'existence de l'ophthalmie en considérant les seules casernes de l'infanterie comme des foyers d'infection, c'est, à mon avis, tomber dans une erreur d'autant plus grande, que l'on a reconnu des ophthalmies dans les rangs de chacune de ces deux armes. Je conçois très-bien qu'un encombrement excessif puisse déterminer une affection typhoïde : l'histoire des armées en fournit trop souvent la preuve ; mais je ne puis admettre l'influence d'une pareille cause pour la production de l'ophthalmie belge sans qu'il y ait prédisposition. Et puis ne voit-on pas souvent des prisons, des cachots, des chambres de pauvres, renfermer un nombre considérable de malheureux à peine couverts et mal nourris sans qu'on ait jamais signalé un seul cas d'ophthalmie par cet état. Je le répète encore, si l'encombrement devait entrer pour quelque chose dans l'affection qui nous occupe, il ne pourrait y entrer que comme cause efficiente dont l'effet serait nul sans la prédisposition. C'est donc par elle qu'il faudra rationnellement commencer pour étudier l'ophthalmie. Du reste, on a selon moi attribué à l'encombrement bien plus d'influence en ce qui concerne la produc-

tion de l'ophthalmie que les faits observés sans préoccupation ne le permettent. L'encombrement est quelquefois porté à son comble dans les dortoirs et les ateliers de la prison militaire d'Alost, et pourtant on n'y voit que très-rarement des ophthalmies, bien qu'il ne faudrait pas s'étonner qu'il y en eût, puisqu'il résulte des documents officiels qu'en ce moment (avril 1841) il s'y trouve plus de trois cents détenus granulés.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que ce seul fait, authentiquement constaté, est de nature à faire modifier considérablement la manière de voir des infectionnistes.

Quant aux casernes elles mêmes, leur séjour est aussi salubre ici qu'il peut l'être en France : c'est sur l'emplacement d'anciennes églises, ou aux dépens des couvents qu'elles ont été construites ; rien ne peut donc venir à l'appui de l'opinion émise sur leur insalubrité. Pour ce qui concerne la propreté, vous avez pu juger, Monsieur, de quel côté était l'avantage. Aussi M. Caffe, pour faire agir plus efficacement sur les yeux les miasmes répandus dans l'atmosphère, a-t-il eu recours à une explication neuve qui eût exigé pour le moins certains développement, et que rejetteront en tout cas, ceux qui soutiennent, d'après l'avis des plus célèbres anatomistes, que la membrane qui recouvre le globe de l'œil n'appartient pas à la classe des séreuses.

M. Caffe regarde les ophthalmies purulentes comme un état particulier des granulations aiguës résultant de l'excessif développement des papilles muqueuses. Cette opinion fait bon marché de celle émise par Lawrence, Müller, Eble, Stœber, etc. ; la question se trouve ainsi également tranchée sans difficulté par notre confrère en n'établissant aucune différence entre les granulations, en omettant de parler de l'engorgement, en passant sous silence l'apparence de velouté, en assurant enfin que les granulations se rencontrent plus fréquemment sous forme vésiculeuse à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Je serais presque tenté de croire, d'après ces assertions, que M. Caffe, à qui l'occasion semble avoir manqué d'observer par lui-même un grand nombre de granulés, soit tombé sur des exceptions, car si le contraire ne peut s'affirmer, toujours est-il que les granulations se rencontrent aussi fréquemment en nombre à peu près égal et avec les mêmes caractères sur les deux paupières.

L'espèce de blennorrhée consistant en granulations accompagnées de sécrétion mucoso-séreuse passant rarement à une autre forme (page 58) doit être considérée comme un état chronique particulier

de ces mêmes granulations ; en effet, tout me porte à croire, sans que j'ose l'assurer toutefois, qu'il suffit d'une circonstance fortuite, pour voir cet état se changer subitement en une ophthalmie purulente des mieux caractérisées, car il n'est pas rare de voir cette sorte d'affection revêtir un autre caractère, que M. Caffe signale au reste lui-même quelques lignes plus loin, quand il dit que la contagion « ne se manifeste jamais instantanément d'une manière rigoureuse, mais qu'elle est toujours précédée de granulations à l'état latent »

Je ne puis non plus attacher une grande valeur au chémosis, quoiqu'on le regarde au contraire, comme un caractère presque essentiel et propre à distinguer l'ophthalmie contagieuse de la gonorrhoïque ; pour moi, sa présence a peu d'importance, car il m'est arrivé dans une foule de circonstances et spécialement à Diest, de voir des soldats chez lesquels le chémosis était tellement intense qu'il entourait la cornée au point de la rendre presque invisible et je suis pourtant bien éloigné, de regarder l'ophthalmie militaire comme dépendant d'un principe vénérien.

Il est un fait cependant sur lequel nous sommes généralement ici d'accord avec M. Caffe, c'est que la contagion proprement dite peut résulter du contact immédiat, ou de l'inoculation, mais seulement à une certaine époque, et lorsque l'affection est arrivée, pour ainsi dire, à son maximum de développement ; j'ai recueilli plusieurs observations qui me semblent concluantes au point de vue de la production de l'ophthalmie par inoculation. Il est généralement reconnu que c'est pour s'être servi de la matière purulente à une époque peu avancée de l'affection que des expérimentateurs, très-habiles du reste, ont pu nier l'effet si remarquable cependant et si facile à constater de ce virus. Quant à la propagation par infection miasmatique, je ne sache pas de fait rigoureusement observé qui puisse venir à l'appui de l'opinion qui la regarde comme agissant directement, et pouvant seule engendrer l'ophthalmie des armées. Voici ce que dit M. Vleminckx (page 15) de ses notes jointes aux observations d'Eble sur l'ouvrage de M. le professeur Juengken : « ni le transport médiat, ni le « transport immédiat d'un prétendu miasme ne sont bien certainement « les causes principales occasionelles de la maladie..... Voulez-vous « des exemples par milliers qui vous démontrent de la manière la « plus évidente que l'atmosphère infectée d'une chambre, où se « trouvent réunis un grand nombre d'ophthalmiques, n'a point pro- « pagé la maladie ? Je suis prêt à vous les fournir. Nous les exami- « nerons, nous les discuterons franchement, loyalement, et bientôt

« je l'espère, vous et moi nous acquerrons la conviction qu'ils ne « reposent point sur des données à l'abri de toute contestation. *Post « hoc, ergò propter hoc*, sera en dernière analyse le point vers lequel « vous serez acculé. » Et plus loin encore......... Pourquoi chercher la « source, l'origine du mal dans une atmosphère corrompue alors qu'il « existe quelque chose d'antérieur à cette corruption, et que ce quel- « que chose est nécessairement la *conditio sine quâ non* de la pro- « pagation du mal ? »

L'infection miasmatique, ici, comme en bien d'autres circonstances, reste donc encore à démontrer, et M. Caffe lui-même, pour en expliquer les effets, se voit obligé de recourir à une prédisposition particulière (page 63). Car, s'il a été bien rigoureusement reconnu, ce dont il est même permis de douter, qu'un seul ophthalmique ait communiqué son affection à un petit nombre d'hommes au milieu desquels il avait séjourné, il n'en reste pas moins démontré, qu'alors même plus d'un tiers d'entre eux ont échappé à la maladie, soit qu'ils « eussent manqué de prédisposition suffisante (pag. 64), soit que la contagion ne les eût pas rencontrés au milieu de circonstances favorables à son développement (pag. 66), soit enfin qu'ils se soient trouvés en dehors de celles qui les eussent rendus aptes à la recevoir. Trois suppositions admises loyalement par M. Caffe, mais par lesquelles se trouve cependant fortement attaquée sa manière de voir relativement à l'infection, et qui nous forcent à avoir égard aux observations de M. Ansroul qui viennent non pas à l'appui des influences miasmatiques, comme l'indique M. Caffe, mais qui confirment, au contraire, celles de l'inoculation immédiate auxquelles aucune classe de la société ne peut, à mon avis, se soustraire, lorsqu'elle s'y trouve exposée.

Est-il au reste surprenant de voir de jeunes miliciens atteints d'ophthalmie, la communiquer à toute leur famille, surtout lorsque celle-ci, privée de toute aisance, se voit dans l'obligation de se servir d'une foule d'objets sur lesquels le virus a pu se répandre et se communiquer ainsi à ceux qui devaient soigner à l'envi ces malades? Le tort des partisans de l'infection miasmatique est encore de considérer ici comme un agent actif et saisissable, une des causes les plus obscures en médecine, cause que nous sommes sans contredit obligés d'admettre dans certains cas, mais après avoir épuisé plus complètement qu'on ne l'a fait ici, tous les autres agents producteurs d'affections morbifiques. Si la maladie se communique rarement dans le civil, c'est, dit M. Caffe (pag. 68), parce que l'infection par individu isolé se trouve tellement atténuée qu'elle est dès-lors insuffisante

pour se propager; néanmoins il cite plusieurs exemples semblables à celui que je viens de choisir pour combattre l'opinion des compressionistes et cherche à démontrer la communication de l'ophthalmie chez des individus placés en dehors des cadres de l'armée, et qui par suite, étaient soustraits aux causes admises comme les plus essentielles par les partisans de la compression. Ici encore, ne peut-on pas se demander si l'on a assez sévèrement cherché à se rendre compte, sans recourir à l'hypothèse des miasmes, de cette propagation de l'ophthalmie au moyen de la contagion immédiate admise comme on le sait par la généralité de nos médecins militaires? je me vois donc encore forcé à regret de combattre par des arguments semblables à ceux dont je me suis déjà servi, les faits énoncés par M. Caffe, arguments qu'il peut également retorquer, j'en conviens, mais qu'il ne pourra cependant pas renverser si, au lieu de suppositions, je lui oppose, à l'appui de ma manière de voir, des expériences rigoureuses, dirigées avec art vers un but bien reconnu, comme le sont celles qui ont eu l'heureux résultat de démontrer qu'en plaçant des ophthalmiques au milieu d'une infirmerie, mais de façon à empêcher que la plus légère communication ne s'établisse avec d'autres malades, ceux-ci sont complétement restés à l'abri de cette affection. Or, personne ne sera, je pense, tenté d'infirmer des preuves aussi concluantes et si opposées à l'infection miasmatique, combattue en outre par M. Larrey, qui plaçait impunément en Égypte les ophthalmiques au milieu des autres malades.

Mais il nous est facile de choisir encore des exemples plus en rapport avec ce qui nous occupe, car ils se sont passés sous nos yeux et dans un climat analogue à celui de la Belgique. Je fais allusion aux hardies expériences de M. Decourtray a Arnhem. Ce praticien non-seulement ne craignait pas de placer indistinctement les ophthalmiques dans les premiers lits vacants de ses salles, mais il osa introduire trente malades des plus *graves* au milieu de son hôpital. Il fit plus encore : il les confondit avec des convalescents, et il ne vit pas ceux-ci atteints de la maladie avec laquelle il les mettait pour ainsi dire aux prises. Enfin, ne voyons-nous pas nous-mêmes, journellement ici, les fiévreux, les blessés, les vénériens, se réunir à leurs camarades atteints d'ophthalmie sans que ceux-ci leur communiquent le mal, et sans être surpris par l'influence miasmatique au milieu de laquelle ils doivent cependant se trouver placés, influence qui, après tout, ne peut dépendre de l'encombrement (pag. 68,-72), car, je le répète, si M. Caffe avait pu vérifier les preuves sur lesquelles il fonde

son raisonnement, il n'aurait pas tardé à s'apercevoir que les lits n'étaient pas moins espacés ici qu'en France et il se serait surtout convaincu qu'il n'existe à ce sujet aucune différence entre les casernes d'infanterie et celles de cavalerie. Or, d'après ces faits il me paraît que M. Caffe doit chercher ailleurs des preuves à l'appui de l'infection miasmatique.

Néanmoins il est une chose incontestable, c'est que, si plusieurs individus atteints d'une blennorrhée se trouvent dans un espace proportionnellement trop étroit, si l'air n'y est pas suffisamment renouvelé, si ces individus manquent de propreté, si enfin la sécrétion de leurs yeux est abondante, il est incontestable, dis-je, que cet air peut se décomposer et changer le caractère de l'affection de manière à le rendre très-alarmant.

M. Juengken va plus loin ; il assure que des phénomènes semblables pourront se présenter même sur des personnes, bien portantes du reste, mais dont les yeux irrités et prédisposés se trouveraient soumis à l'influence d'une atmosphère ainsi viciée. Certes, cette opinion si hardie qu'elle puisse paraître, prend encore pour base une prédisposition, car il est évident que M. Juengken n'admet nullement la possibilité de voir l'ophthalmie s'engendrer par le seul effet d'un air dénaturé par la présence des ophthalmiques. Il ressort encore des écrits de ce célèbre praticien qu'il ne regarde pas l'ophthalmie belge comme produite par un virus spécial, exotique ou indigène, mais comme se communiquant *ordinairement* par l'application directe du pus d'un œil malade sur un œil à l'état sain, et cela seulement encore, ainsi que je l'ai vérifié moi-même, à une période rigoureusement déterminée de la maladie. C'est donc avec raison que l'on sépare avec toute la sévérité possible, dans les hôpitaux militaires, les différents degrés d'ophthalmie. Aujourd'hui on a soin de tenir isolés les hommes atteints d'ophthalmie purulente, car à part l'état maladif préexistant ou la disposition aux affections oculaires, je ne connais pas un seul médecin qui, pour avoir été chargé de la visite des ophthalmiques, en ait été le plus légèrement atteint. J'ai fait avec plusieurs de mes collègues le service de l'hôpital de Diest à une époque où cette maladie, à l'état purulent, faisait d'affreux ravages ; nous avons successivement été détachés au dépôt de Namur, et à ma connaissance, il n'est aucun d'entre nous qui ait ressenti la moindre influence de la blennorrhée au milieu de laquelle nous vivions.

Beverloo et Ypres ont eu aussi un dépôt spécial pour les ophthalmiques ; les malades y étaient nombreux et l'affection aussi grave

qu'ailleurs. Cependant personne n'a été atteint, jamais aucun infirmier n'a refusé le service pénible d'une salle d'ophthalmiques, ce qu'ils eussent été en droit de faire s'il avait été reconnu que la maladie pouvait se transmettre par la seule action de l'air vicié. Et si l'on a cité à l'égard de ces hommes des exémples de sérieuses ophthalmies, on en a toujours découvert la cause dans un défaut de précautions ou dans les injections qu'ils étaient tenus de pratiquer.

Quoi qu'il en soit, c'est à l'action d'une atmosphère viciée que j'attribue, avec Eble, l'exaspération du mal dans certaines circonstances. Mais je crois pouvoir ajouter et soutenir en outre qu'il existe des causes antérieures à ces influences, causes prédisposantes excessivement répandues dans une classe de la société qui, lorsqu'elle est incorporée dans les cadres de l'armée, et soumise à un genre de vie différent de celui auquel elle était antérieurement habituée, se trouve dès lors placée dans des conditions telles que cette affection, jusque là latente, peut prendre des caractères particuliers de gravité auxquels elle aurait échappé en se tenant en dehors de ces circonstances. Ce fait est tellement avéré qu'une foule de nos jeunes recrues, arrivent aux dépôts avec des granulations. Or, on concevra facilement qu'en livrant ces jeunes gens à des exercices forcés, en les soumettant à l'action des refroidissements subits, aux fatigues des nuits passées habillés et le cou plus ou moins gêné, chacune de ces circonstances pourra déterminer des congestions et convertir ces granulations latentes ou bénignes à l'état de blennorrhée.

C'est au grand nombre de recrues affectées de granulations à leur arrivée aux dépôts et à leur imprudente incorporation dans les régiments, qu'il faut attribuer la ténacité de la maladie et sa présence constante au sein de l'armée. Aussi faut-il espérer, maintenant que ce fait est signalé, que les recherches se dirigeront vers ce point, et mettront sur la voie pour arriver à prévenir les granulations en cherchant à en apprécier les causes. Et si personne ne peut révoquer en doute le nombre considérable de granulés qui se présentent aux dépôts avant leur entrée au service, il sera certes bien permis aux partisans de la compression de chercher dans les causes sur lesquelles ils ont déjà tant insisté, celles qui paraissent pouvoir agir le plus énergiquement sur le développement de l'ophthalmie.

M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé, qui s'est le plus sérieusement occupé de l'ophthalmie, et dont les consciencieuses recherches ont déjà tant contribué à jeter quelque lumière sur cette grave question, rejette, à l'exemple d'Eble, l'influence mias-

matique, comme cause efficiente, pour admettre celle plus rigoureusement établie de la compression ; il dit : (page 16 obs. Eble)
« Pourquoi ne pas reconnaître aux causes de cette prédisposition
« toute l'influence qu'elles possèdent? Pourquoi ne pas avouer que
« sans elles la maladie ne serait point née ou ne régnerait pas?
« Pourquoi ne pas dire en un mot, qu'elles constituent la con-
« ditio sine quâ non du déve'oppement du mal, et par conséquent sa
« source principale?.... »

Il me paraît donc impossible de nier aujourd'hui, au moins d'une manière générale, l'influence de la contagion immédiate et les expériences de M. Decondé sur l'inoculation du liquide ophthalmogénique peuvent être considérées comme très-conformes à ma manière de voir; car si, d'une autre part, celles de M. Mackensie leur sont contraires, il est permis de supposer que la matière employée par cet expérimentateur n'était pas arrivée à son état de contagiosité.

Après tout, une négation, ne peut valoir une affirmation. En effet, pour être en droit d'infirmer les observations de M. Decondé, il eût fallu nécessairement voir les deux opérateurs se servir en même temps des mêmes éléments, agir sous des circonstances identiques, et arriver enfin à des résultats opposés. Or, je ne sache pas que les opérations aient été entreprises sous toutes ces conditions de rigoureuse exactitude, sans lesquelles on ne peut rien conclure de positif et qui soit à l'abri d'infirmation! En admettant la contagion immédiate ou par inoculation, je dois convenir cependant n'avoir jamais été assez heureux pour constater la présence et le développement des vésicules pathogéniques dont parlent MM. Caffe et Decondé. Pour croire à leur existence, il eût été nécessairement du plus grand intérêt de nous faire savoir si l'infection miasmatique, qu'accepte en particulier M. Caffe, possède la propriété de faire naître des vésicules sur la conjonctive, et dans ce cas, de nous donner connaissance de la marche que ces vésicules suivent aux différentes époques de leur développement; de déterminer l'intensité d'action des liquides pris et observés à ces mêmes époques; de nous indiquer enfin si l'affection, qu'on produit à volonté par inoculation sur les yeux des animaux, et qu'il faut bien se garder de confondre avec les granulations vésiculeuses, a assez sérieusement fixé l'attention des deux praticiens que je viens de citer, pour les mettre à même de nous donner une description détaillée de ces vésicules que M. Caffe se borne à mentionner en passant (pag. 69). Ces éclaircissements me paraissent d'autant plus désirables, que ces vésicules doivent de toute nécessité,

d'après l'opinion de nos confrères, renfermer un virus semblable à celui de l'ophthalmie purulente, puisqu'on n'hésite pas même à le regarder comme identique. Je ne crains donc point de le déclarer encore, l'examen minutieux de ces vésicules, celui du liquide qu'elles contiennent dans leurs différentes phases, les différences qu'elles peuvent présenter avec les granulations vésiculeuses et les phlyctènes mentionnées par Eble, leur influence sur la formation des granulations papillaires qui, au dire de cet ophthalmologue, ne sont que les phlyctènes devenues plus épaisses et plus fermes (p. 58), eût été un des points les plus intéressants du travail de notre confrère. Les recherches auxquelles M. Caffe se serait livré seraient venues confirmer rigoureusement, sans doute, l'opinion de M. Juengken par laquelle il établit que le virus perd de sa contagiosité, à mesure qu'il change de consistance, de couleur, et se rapproche davantage enfin, par ses caractères, de ceux d'un mucus doux et albumineux, caractère auquel on peut reconnaître pour ainsi dire d'avance son innocuité. (Eble, page 144).

On pourra encore juger de l'importance attachée à ces recherches en songeant que si elles eussent été poursuivies avec persévérance, elles auraient contribué à éclaircir celles de M Mackensie; tandis que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous nous voyons forcés de recourir encore à une supposition, et de croire que le pus dont M. Mackensie n'a pas craint de se couvrir les yeux était, sans qu'il s'en doutât, arrivé à cet état d'altération qui produit l'innocuité.

Quant à la présence des animalcules dans le pus des ophthalmies purulentes, je ne pense pas qu'on en puisse rien conclure pour l'action délétère de ce liquide, aujourd'hui surtout que ce caractère d'animalité, si l'on peut se servir de ce mot, a été constaté dans une foule d'affections qu'aucun praticien ne considère comme contagieuses. Cependant, puisque M. Caffe a cru devoir appeler l'attention sur la présence des animalcules microscopiques dans le fluide purulent, il eût été utile de rechercher à quelle époque ils apparaissent dans les vésicules dont il fait mention.

Si, jusqu'ici, on a cru pouvoir rejeter la réalité de l'infection par des miasmes répandus dans l'air, si on ne peut apporter aucune preuve formelle à l'appui d'une opinion à l'aide de laquelle on ne peut également se rendre compte, ni de la tenacité, ni de la permanence de cette maladie, on ne peut pas davantage, sans des preuves en quelque sorte physiques, faire intervenir comme *conditio sine quâ non* de la production du mal, la présence des animalcules, dont

rien n'a encore pu jusqu'à ce jour faire concevoir le rôle. Il en sera de même de l'encombrement : seul, il ne peut expliquer la production de l'ophthalmie ; on a vu, en effet, au camp de Diest, des régiments succéder immédiatement au 4me, cruellement attaqué par ce fléau, et se trouver au contraire épargnés quoique soumis non-seulement aux mêmes causes d'encombrement, mais encore placés dans les barraques que les contagionistes devaient de toute nécessité considérer comme des foyers d'infection.

Au reste, on a eu plusieurs fois ici l'occasion de voir des régiments sains remplacer des malades sans que l'on ait remarqué dans les premiers des caractères sérieux d'ophthalmie. Enfin, je ne connais aucun régiment qui se soit trouvé placé hors des atteintes de cette affection. On se souvient d'avoir vu l'armée française, lors du siége d'Anvers, occuper les quartiers, les casernes, de l'armée belge et quitter le pays sans avoir eu à déplorer un seul cas d'ophthalmie malgré son contact immédiat et ses relations fréquentes avec les soldats belges. Mais il ne faut pas perdre de vue que l'armée française ne comptait dans ses rangs aucun homme chez lequel il y eût une prédisposition, ou des granulations, et dès lors le fait cité comme anormal cesse de l'être. Rien jusqu'ici n'est donc encore venu confirmer l'opinion, si souvent invoquée par M. Caffe (page 71), de la contagion ou infection au moyen de l'air chargé de transporter les particules purulentes, et pour ainsi dire, en nature, sur les yeux de quelques individus sains, particules dont la présence suffirait seule pour engendrer l'ophthalmie. Mais je dis plus, je ne connais aucun exemple d'ophthalmie purulente survenue instantanément, sans avoir été précédée de granulations.

J'ignore vers quel temps les hôpitaux ont pu être le foyer d'une infection semblable à celle dont parle M. Caffe (page 72) ; car les expériences de M. Decourtray entreprises dans le but de constater la propagation de l'ophthalmie par l'action de l'air vicié lui sont diamétralement opposées. Cependant, il faut en convenir, on a vu, à une époque déjà éloignée, des malades arriver à l'hôpital avec une ophthalmie légère et cette ophthalmie prendre rapidement un caractère grave. Mais on a reconnu aujourd'hui la cause de ce phénomène, qu'il faut attribuer, d'une part, à l'existence de granulations supérieures et inférieures non aperçues, de l'autre, au mode de traitement mis en usage, dans un temps où, non-seulement on ne comprenait pas la nécessité de l'aération, mais où on croyait encore nécessaire de tenir les malades dans des salles presque continuellement privées

de lumière. Néanmoins, si je crois pouvoir attribuer à ce mauvais traitement, les transformations si fréquentes des ophthalmies légères en affections graves, je dois avouer, d'un autre côté, avoir souvent vu cette maladie, légère dans le principe, passer malgré tous les soins apportés pour s'en rendre maître, à un état si non très grave, du moins fâcheux pour le malade surtout lorsqu'il était d'un tempérament scrofuleux ou lymphatique, circonstance qu'il est toujours fort important de noter pour le traitement à suivre.

Enfin, il est une cause qui contribue fréquemment encore à paralyser les moyens employés par les médecins des hôpitaux, je veux parler des collyres, des pommades que souvent des malades emploient en secret.

Je ne sais sur quelles données on a cru pouvoir, presque sans contestation, admettre l'importation de l'ophthalmie d'Egypte dans les rangs de l'armée belge ; rien n'est venu rigoureusement à l'appui de cette supposition, rien ne prouve surtout l'identité de ces affections. On connaît les ravages qu'elle occasionne depuis longtemps dans les armées russes du Caucase et de la Circassie au milieu desquelles il est difficile de se rendre compte de son introduction, du moins par une cause semblable à celle qui l'a fait admettre ici par quelques praticiens. MM. Desgenettes, Jourdan et Larrey se sont plus nettement prononcés à ce sujet, en déclarant que la maladie avait disparu à l'époque où les hommes qui en étaient atteints avaient pu changer de climat. Les rapports publiés à cette époque ne signalent aucun cas important d'ophthalmie, et cependant l'encombrement, les foyers d'infection, n'ont pu diminuer pendant la traversée de l'armée d'Egypte en France. M. Caffe fait au reste remarquer lui-même avec raison (page 55) que le principe contagieux n'a pas toujours tiré son origine de l'Egypte, mais que sous l'influence des mêmes causes qui la rendent endémique dans ce pays, cette maladie a pu et peut encore être déterminée en Europe.

Les hommes affectés d'ophthalmie à la première période se présentent, en général, à la visite n'accusant au plus qu'une légère rougeur aux yeux ; la plupart se plaignent seulement d'une gêne résultant de l'introduction d'un corps étranger dont l'extraction pourrait immédiatement les débarasser. Aussi chacun des officiers de santé peut se rappeler aujourd'hui les difficultés qu'il a éprouvées dans l'application des instructions qui prescrivaient les premières cautérisations. Ce mode de traitement, était, selon les malades, pire que le mal lui même. Néanmoins, grâce à cette sage mesure, on

voit aujourd'hui le nombre des ophthalmies diminuer de jour en jour, et convaincus de l'efficacité de ce moyen prophylactique les chefs du service de santé n'ont pas hésité à déclarer répréhensibles, les officiers de santé dans le service desquels se présenteraient des suites de granulations négligées. Cette mesure qui peut sembler sévère, a été dictée à la suite de la remarque qu'un grand nombre de soldats, afin d'éviter la cautérisation, supportaient sans se plaindre les premières périodes de l'affection, abus auquel la visite sévère et régulière des médecins est venue aujourd'hui mettre un terme. Ces détails, minutieux en apparence, serviront encore à vous démontrer le soin que l'on apporte actuellement au traitement des ophthalmies, soutenu que l'on est par l'espoir d'arriver sinon à l'extinction complète, du moins, à l'immunité des granulations attaquées ainsi dans leur première période de développement.

M. Caffe en proposant la dissémination des hommes atteints d'une maladie contagieuse miasmatique, reconnaît en même temps à cette affection les propriétés de se répandre et d'attaquer « des individus qui entretiennent dans leur sein les causes prédisposantes au développement de ce principe pathogénique » (page 73). Il semble y avoir ici contradiction, car en adoptant l'opinion de M. Caffe, ce moyen doit nécessairement amener pour résultat la propagation dans les campagnes, du mal que l'on s'efforce au contraire d'en faire disparaître. En effet, ce fait est tellement évident que quelques lignes plus loin M. Caffe se voit dans l'obligation de blâmer la mesure prise, pour un instant, en Belgique, de renvoyer dans leurs foyers les soldats granulés (1).

Ailleurs, M. Caffe fait remarquer (p. 67) qu'un grand nombre de bourgeois ou de campagnards se sont trouvés atteints d'ophthalmie par des soldats infectés et renvoyés ainsi avec des congés temporaires ou définitifs. La commission pour l'ophthalmie a également senti le danger d'accorder des permissions aux individus atteints de granulations. Les inconvénients reconnus inhérents à cette mesure n'ont pas été la crainte de la contagion immédiate, mais bien l'impossibi-

(1) J'ai dit ailleurs que ce renvoi dans les foyers n'a été ordonné qu'à une époque où la véritable et bonne manière d'attaquer et de détruire les granulations était encore inconnue, qu'on y a renoncé dès que la connaissance en a été acquise; j'ajouterai ici que tout a été mis en œuvre pour obtenir ce résultat au plutôt, comme on le voit en effet, dans la préface annexée à l'ouvrage d'Eble par M. l'inspecteur-général Vleminckx, qui, dès 1834, a tout fait pour tourner les recherches sur ce point si important pour l'extirpation de l'ophthalmie.

lité de renvoyer, presque sur le champ une partie considérable de l'armée, d'accorder des congés à une foule d'hommes qui, dans cet espoir, ne craignaient point de s'irriter les yeux par des moyens propres à entretenir ou à provoquer la propagation de l'ophthalmie.

Pour couper court à ces sortes de mutilations, le service de santé fit ordonner d'abord l'envoi dans les hôpitaux de tout homme atteint de granulations, puis plus tard encore, en voyant l'efficacité de cette mesure, il prescrivit la création des dépôts, et enfin aujourd'hui il est enjoint de traiter tous les granulés dans les régiments. Les ophthalmies aiguës sont seules dirigées sur les hôpitaux. L'ensemble de toutes ces mesures a conduit à un résultat immense, non-seulement en provoquant pour ainsi dire l'extinction de la maladie, mais encore sous le rapport de l'économie qu'elles ont procuré à l'état.

Néanmoins, et pour en revenir à la proposition de disséminer les ophthalmiques, je sais qu'on pourra faire valoir l'affaiblissement du principe miasmatique par suite de cette dissémination, malgré le manque de preuves à l'appui de l'existence de ces miasmes, et la discussion transportée sur le terrain de l'hypothèse en restera dès-lors au point où nous l'avons entamée. Cependant, il nous serait facile de profiter de l'opinion émise par Edmonston pour combattre avec avantage celle de M. Caffe, car pour ce praticien, l'ophthalmie de la Grande-Bretagne a pour cause unique, la dissémination dans les campagnes des soldats anglais à leur retour d'Égypte.

Il est très-vrai comme on l'a avancé d'après le travail de M. Lepage, que les soldats atteints d'ophthalmie, se sont plus rapidement guéris lorsqu'on a pu les envoyer en cantonnement. Cette observation n'a jamais été contestée; mais elle ne sert qu'à prouver une seule chose bien établie, c'est que, dans les camps, où des ophthalmiques viennent à se trouver agglomérés, comme ils le sont dans les barraques, la maladie, bénigne dans le principe, passe très-fréquemment à un état de gravité auquel elle n'arrive pas ordinairement dans les hôpitaux, où la température plus égale, l'air moins concentré, mettent les malades à l'abri des causes d'irritation au milieu desquelles ils vivent dans les camps. Les soldats répandus dans les villages jouissent d'une partie des avantages hygiéniques réservés aux campagnards, car ils cessent d'être exposés aux fatigues, aux tourbillons de poussière qui s'élèvent dans les camps, à la reverbération, à ces transitions si brusques de température qui ont fait descendre en été, dans celui de Diest, le thermomètre de + 22 à 28 R. et + 6 à 8° R ;

l'ophthalmie y exerçait d'autant plus de ravages qu'elle rencontrait réunies toutes les causes au moyen desquelles elle pouvait agir sur des individus aussi prédisposés que l'étaient les soldats du 4e régiment. Je dis prédisposés, car sur 523 ophthalmiques j'en ai rencontré 287 atteints pour la première fois; 102 chez lesquels l'affection s'était manifestée depuis un an; 54 au-delà de ce terme, enfin 80 qui, à différentes reprises et depuis plusieurs années, avaient été atteints de cette même maladie. Le danger était imminent; aussi afin de l'arrêter, pendant la durée du camp, les compagnies sur lesquelles cette maladie avait le plus sévi furent envoyées en cantonnement et les hommes gravement atteints, dirigés sur l'hôpital. L'encombrement cessa nécessairement par suite de cette mesure, les barraques vides furent nettoyées et aérées; tout pouvait donc faire espérer un séjour salubre pour la rentrée des compagnies envoyées en cantonnement, car il eût été difficile de croire, après ces soins, à la permanence des miasmes ainsi que semblent l'admettre les partisans de cette hypothèse. Les compagnies reçurent donc l'ordre de rentrer et de reprendre leurs postes, mais à peine y furent-elles établies que la maladie les atteignit de nouveau, car les circonstances défavorables auxquelles elles avaient été soustraites venaient de se produire de nouveau, et les granulations n'avaient pas disparu. Ce fait remarquable est, comme on le voit, peu favorable à l'idée de l'influence masmatique, idée qui semble contredite plus formellement encore par cet autre, que les troupes qui succédèrent au 4e furent presque complétement exemptes d'olphthalmie, bien que placées dans les barraques abandonnées peu de jours avant par ce régiment.

Mais les causes excitantes et occasionnelles avaient diminué, la température moins élevée pendant le jour, ne présentait plus les énormes variations auxquelles s'étaient trouvés exposés les hommes du 4e régiment. Enfin, comme on se bornait seulement à envoyer dans les villages les hommes les moins malades, il arriva que l'ophthalmie ne se communiqua nulle part. Remarque importante, puisqu'elle confirme l'opinion de M. Juengken et autres qui tend à établir que le virus agit seulement par inoculation à une époque assez avancée de l'affection dont il dépend.

Quant aux moyens prophylactiques par lesquels M. Caffe a cru devoir terminer son rapport, j'ajouterai qu'ils avaient déjà depuis longtemps été indiqués, en 1829 par M. Fallot, puis dans le mémoire publié en 1833 par M. Lepage, mémoire auquel appartiennent en grande partie les renseignements statistiques, que par erreur sans

doute, M. Caffe attribue à M. Cunier seul. Plus tard, en 1834 parut celui de M. Juengken. Ces deux médecins ont même été plus loin que M. Caffe dans les mesures qu'ils ont jugées nécessaires pour combattre l'ophthalmie ; cependant ils n'ont osé croire à la possibilité de la voir disparaître dans l'espace d'un an à dix-huit mois, ni espérer qu'on parviendrait à la détruire, et à plus forte raison encore, qu'elle pourrait être prévenue ainsi qu'on s'en était flatté. (pag. 28-24) (1).

Je viens de terminer l'analyse du travail de M. Caffe, en y joignant les notes critiques que vous réclamiez avant tout. Comme vous m'avez jugé complètement désintéressé dans la question, je ne crains pas maintenant de vous présenter en peu de mots les objections qu'on peut faire aux idées émises dans ce rapport. Cependant, dans la juste défiance de moi-même, je vous dirai moins mon avis que mes raisons ; vous pèserez, vous comparerez et vous prononcerez.

Il est reconnu aujourd'hui que ce sont les recrues atteintes de granulations qui, incorporées imprudemment dans les régiments, y ont maintenu l'ophthalmie, que ce sont les circonstances inhérentes au genre de vie auquel sont soumis ces hommes qui donnent à la maladie le caractère qui lui est propre. Les recrues soumises maintenant à une visite sévère, à leur arrivée aux dépôts, et les granulés étant traités immédiatement, on voit de jour en jour diminuer considérablement le nombre des malades et la gravité de l'affection.

La coupe des uniformes, la pesanteur des anciens schakos, les refroidissements subits peuvent faire passer les granulations non traitées à l'état d'ophthalmie purulente.

Les modifications apportées depuis 1834 seulement, aux habillements militaires ont puissamment contribué à restreindre le nombre des ophthalmiques ; il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur les relevés publiés à ce sujet.

Si l'armée française, lors du siége d'Anvers, s'est trouvée exempte d'olphthalmie, il faut attribuer ce fait à l'absence complète de granulés dans ses rangs.

Cette maladie règne en Belgique depuis 1814, mais elle ne s'est jamais trouvée limitée à quatre garnisons comme l'avance M. Caffe, afin de faire admettre son hypothèse d'infection miasmatique et son opinion sur l'encombrement.

(1) Il faut tout dire, on ignorait alors les moyens de détruire en peu de temps les granulations conjonctivales.

Avant, comme après la révolution de 1830, l'ophthalmie affectait indistinctement les troupes de toutes armes et même les régiments d'élite. Il n'est donc pas exact d'avancer que certaines casernes se trouvaient être de véritables foyers d'infection : on ne peut considérer leur encombrement comme cause essentielle de l'ophthalmie, car cet encombrement n'a jamais existé en temps de paix; les règlements à l'égard de l'espacement des lits sont les mêmes en Belgique et en France.

L'idée de la contagion miasmatique sur laquelle s'appuie M. Caffe repose sur des documents inexacts et doit être par suite envisagée comme une pure hypothèse dont les expériences de M. Decourtray, les observations recueillies à Diest, et au dépôt de Namur, ont démontré le peu de valeur.

J'admets le mode de contagion immédiate, ou par inoculation du pus, mais seulement à l'époque où la maladie est arrivée à son summum d'intensité. C'est faute de s'être servi de la matière purulente recueillie à cette période que les expériences de M. Mackensie et autres ont donné des résultats négatifs.

On ne peut classer l'ophthalmie parmi les maladies épidémiques, car une maladie de ce genre frappe indistinctement toutes les classes de la société ; l'affection qui nous occupe, reste, au contraire, depuis plus de vingt ans, confinée dans les cadres de l'armée et ne se manifeste au dehors qu'après des rapports multipliés de quelques individus avec des militaires infectés.

Le chémoisis ne m'a jamais paru un signe indiquant une différence marquée, saisissable, entre l'ophthalmie militaire et la gonorrhoïque ; car j'ai vu à Diest un nombre considérable de soldats qui présentaient ce symptôme, sans qu'ils eussent eu antérieurement le plus léger écoulement urétral.

Le nitrate d'argent doit toujours être préféré au sulfate de cuivre dans le traitement des granulations molles ou vésiculeuses. Je rapporte même à cet agent la destruction complète de toute hypertrophie du corps papillaire et le considère comme le modificateur spécial des membranes externes.

Depuis longtemps on a reconnu l'insuffisance des moyens prophylactiques indiqués par M. Caffe ; pour les curatifs, les évacuations sanguines, les saignées copieuses poussées souvent jusqu'à la syncôpe ont conduit aux plus heureux résultats. Sur 1636 malades soumis à cette énergique médication au camp de Diest, deux hommes seulement ont perdu la vue. Ce chiffre peut remplacer toute espèce de

raisonnement, et démontrer le point où sont arrivés les médecins belges dans le traitement de l'ophthalmie dite *militaire*.

Hasselt, 1er mai 1841.

Dr Decaisne, médecin de régiment.

PANNUS CHARNUS ET OPACITÉ DES CORNÉES. — GUÉRISON PAR L'ATTOUCHEMENT RÉPÉTÉ AVEC LE NITRATE D'ARGENT FONDU SOLIDE;

Par le docteur Fallot, médecin principal à Namur.

En parlant sommairement dans mes *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge* (pag. 53), du traitement du *pannus* à notre hôpital, j'écrivais : *quand ce développement du réseau vasculaire de la cornée, est un simple prolongement de l'injection du celui de la conjonctive sclérotícale, nous interrompons la communication, soit par des excisions, soit par des incisions, soit par des cautérisations.* On voit qu'il était question jusque là des *pannus membraneux* ou *minces*, seulement. Nous avons depuis lors renoncé complètement aux incisions que j'ai trouvées peu efficaces, parceque les deux bouts des vaisseaux divisés par l'instrument tranchant s'abouchent de nouveau incontinent après la section, et que le passage du sang, momentanément suspendu, se rétablit; et aux excisions, parce qu'elles trouvent toujours beaucoup de répugnance de la part des malades, et ne peuvent intéresser que les lames les plus superficielles des membranes épaissies. Par contre, nous accordons beaucoup plus de confiance qu'alors aux cautérisations, qui, jusqu'ici, nous ont fait rarement défaut, et j'en ai fait déjà dans deux cas une heureuse application aux pannus charnus. C'est d'un de ces derniers que je vais tracer l'histoire. Je raconterai ce que j'ai vu de mes yeux, et ce que dix témoins, aussi intéressés que moi à ne pas se laisser tromper par de fausses apparences, ont observé à mes côtés. Je ne soulèverai pas la question de savoir comment le caustique lunaire a agi dans ces circonstances, si c'est par une propriété altérante, résolutive ou astrictive; chacun se forme sur le mode d'action des facteurs thérapeutiques des idées différentes, suivant ses théories; mais, de ce que les bons effets de son emploi, s'étendent bien au delà de la portion cautérisée, et de ce qu'ils ne deviennent sensibles que plusieurs jours après la cessation de

son action locale, et de ce qu'il ne laisse après lui aucune cicatrice, je me vois fondé à conclure que ce n'est pas en détruisant les tissus, en les frappant de mort, qu'il opère la disparition du pannus.

Il doit être bien entendu que, dépourvu de toute prétention à l'érudition en ophthalmologie, connaissant de l'histoire de cette science seulement ce qu'ont pu m'apprendre les quelques livres dont je suis possesseur, je ne veux, en publiant le fait qu'on va lire, exercer aucune revendication en priorité pour le procédé mis en usage. Peut-être l'a-t-on déja appliqué et avec succès aux mêmes cas, mais je ne l'ai vu consigné nulle part.

Obs. — Le nommé *Spiel*, du 2ᵉ régiment des chasseurs à cheval, fut admis à l'hôpital ici, le 23 décembre 1840, porteur de conjonctivo-kératite chronique, avec obscurcissement, rugosité et vascularisation des deux cornées transparentes. Il y entrait pour être proposé pour sa pension. Il nous rapporta que, depuis deux ans environ, il était borgne de l'œil gauche, que pendant l'année courante il avait fait quatre séjours dans les hôpitaux pour maladie de l'œil droit, duquel jusqu'à peu de jours avant son arrivée parmi nous, il y avait vu assez pour se conduire et satisfaire même en partie aux exigences du service. J'essayai avec une persévérance digne d'un meilleur résultat, mais en vain, les traitements recommandés par les ophthalmiâtres contre la kératite chronique et les ulcères cornéens : il est inutile d'en dérouler ici le catalogue ; la vascularisation s'étendit, se resserra, la cornée s'infiltra, s'épaissit, s'obscurcit au point de ne plus permettre dans toute la partie supérieure, la reconnaissance de la limite qui sépare la cornée de la sclérotique ; à gauche, quatre faisceaux sanguins, à droite trois, partaient des extrémités des axes transversal et vertical pour s'anastomoser sur l'ouverture pupillaire ; bientôt le malade devint complétement aveugle, il ne pouvait plus se conduire sans guide, même dans la salle. — La désorganisation ayant pénétré ici bien évidemment au delà du feuillet conjonctival de la cornée, l'épaississement de cette dernière membrane étant incontestable, le pannus étant de nature charnue plutôt que membraneuse, je craignis que le cas ne sortît de ceux où le caustique lunaire nous avait déjà rendu des services et je n'y eus recours que deux fois pour l'œil droit. N'en ayant obtenu aucun résultat immédiat, je vis dans cet insuccès la confirmation de ma pensée, et y renonçai d'autant plus promptement que, ayant eu connaissance par la brochure de M. le professeur F. Jaeger, de Vienne, (dont j'ai rendu compte dans ce journal), des succès obtenus dans le traitement des pannus de toute espèce, par

l'inoculation de la matière blennorrhéïque, et vu ce moyen prôné au-dessus de tous les autres et vanté, en quelque sorte, comme infaillible, par le docteur Piringer, de Gratz, je crus pouvoir en faire ici l'essai, parce qu'aussi bien mon malade était aveugle et qu'il n'y avait rien à risquer. — En conséquence l'inoculation fut faite dans l'œil gauche avec du pus pris d'un individu atteint d'une blennophthalmie purulente aiguë. L'inflammation ne se déclara que 72 heures après l'opération, faite scrupuleusement d'après les indications du docteur Piringer, mais elle s'accrut très-rapidement, s'accompagna de douleurs excessives; tout le globe de l'œil était d'un rouge ardent, surtout les zônes *panneuses*, mais la purulence était peu abondante; au bout de 48 heures, l'œil droit s'entreprit, mais très-légèrement et sans sécrétion de pus. Je combattis les accidents par de simples embrocations, et lotions d'eau froide et les conjurai facilement. Après leur disparution, qui n'eut lieu qu'au bout de neuf jours, l'opacité de la cornée me parut moins profonde, il me sembla que nous avions gagné quelque chose et qu'il y avait fondement à recommencer; mais M. le médecin de régiment Loiseau me fit remarquer que l'œil droit, sur lequel l'opération n'avait pas été faite, mais qui avait été cautérisé par le sel lunaire quelques jours auparavant, était moins obscur et moins photophobe qu'auparavant et me proposa de reprendre les cautérisations, à quoi j'assentis volontiers. Elles furent en effet recommencées et continuées persévéramment avec un jour d'intervalle, en ayant soin de porter successivements le caustique sur les divers faisceaux sanguins qui fournissaient des prolongements sur la cornée, et de laisser reposer les malades après l'accomplissement de chaque cercle d'opérations. Le succès fut plus complet et beaucoup plus prompt qu'on n'aurait osé l'espérer. — A droite le pannus et les rugosités ont entièrement disparu, la cornée a repris toute sa transparence et tout son poli. Quand le malade en a été là, il n'a plus voulu consentir à de nouvelles cautérisations et a réclamé instamment sa sortie; nous avons la confiance, que s'il avait permis de continuer jusqu'après la destruction d'un faisceau partant de l'angle externe de l'œil gauche, la cornée de ce côté aurait également recouvré son intrégrité. Au reste, à l'époque de la sortie la transparence y était assez rétablie pour qu'il pût distinguer, l'œil droit étant condamné, des objets de moyennes grandeurs, les doigts par exemple, ou des clefs, à la distance de huit pas. — Il fait son service au régiment, et ne songe plus à réclamer sa réforme.

Je ne dois pas omettre de faire observer, qu'en 1839 le même

Spiel, déjà borgne alors, avait séjourné à notre dépôt des ophthalmiques, où il avait été cautérisé aux quatre paupières et guéri par ce moyen de ses granulations, et que, malgré l'opiniâtreté et la durée des nouvelles fluxions oculaire, aucune semblable métamorphose ne s'est reproduite chez lui.—J'ajouterai enfin que, connaissant toute la tendance des pannus à récidiver, j'ai prié M. le médecin de régiment Simon de nous faire représenter *Spiel* de temps en temps pour que nous puissions nous assurer de la solidité de la cure.

BLÉPHAROPLASTIE,

Opération pratiquée par M. le docteur JULES ANSIAUX, ancien chef de la clinique ophthalmologique du professeur Sichel, chirurgien adjoint des hospices civils de Liége, etc., etc.

Lorsque Dieffenbach vint à Paris en 1834, dévoiler aux chirurgiens français ses hardis procédés, son traitement tout nouveau, avancer des principes de thérapeutique entièrement opposés aux principes professés jusqu'alors, l'étonnement fut général, on douta de la réussite; mais le succès étant venu confirmer l'excellence du traitement du professeur de Berlin, on fut forcé de se rallier à son opinion. L'introduction de l'autoplastie dans la pratique chirurgicale est donc d'une date trop récente encore pour que les faits qui s'y rattachent n'offrent pas un puissant intérêt. Le résultat satisfaisant et rapide obtenu dernièrement dans un cas fort délicat, par ce mode de restauration, m'a paru mériter d'être relaté.

M. G. de Dison, était atteint depuis douze ans environ d'une dartre qui s'était déclarée à la racine du nez, et avait, en se développant, gagné et détruit la paupière inférieure droite et envahi une grande surface de la joue. M. G. suivit plusieurs traitements sans aucun avantage notable, puisqu'une opération seule pouvait restaurer les parties détruites; il vint réclamer de moi, avec instance, l'opération qui devait le délivrer des douleurs excessives, dont l'œil, privé d'un de ses voiles naturels, était le siége.

Voici quel était l'état des parties, lorsque le malade se présenta à ma consultation :

Toute la paupière inférieure avait disparu par l'action corrodante

du vice herpétique dont le passage avait laissé sur la joue une cicatrice large et assez marquée. Cependant la conjonctive existait encore, mais elle présentait un état granuleux et s'étendait au delà du rebord orbitaire auquel elle était adhérente. La paupière inférieure étant détruite, l'œil n'était recouvert que d'une manière incomplète par la paupière supérieure qui, ne pouvant s'étendre au delà des limites tracées par la nature avait formé un ectropion, par suite des efforts que le malade faisait pour le mettre à l'abri du contact de l'air et de la lumière. Un épiphora continuel qui le forçait à s'essuyer constamment la joue était venu compliquer l'état déjà si pénible du malade.

Des cautérisations pratiquées d'abord avec le sulfate de cuivre, ensuite avec le nitrate d'argent, firent disparaître les granulations, et le malade fut en état d'être opéré le 3 novembre 1840.

L'opération fut pratiquée en présence de M. Lombard, professeur de clinique interne à notre université, et de M. Hauzeur, médecin des hospices civils. Je procédai de la manière suivante :

Pour rendre l'opération plus précise, je traçai à l'encre deux lignes droites, *A* et *B*, partant des angles de l'œil, et venant se joindre sur la joue en *C* et y former le triangle *A B C* (1) dont la base est représentée par une ligne droite fictive *A B*, partant de l'angle interne pour se rendre à l'angle externe. Dans cet espace étaient compris tous les tissus qui devaient être enlevés. La base de ce triangle fut prolongée vers la tempe jusqu'en *D* d'une longeur égale à *A B* et de l'extrémité *D* de la ligne *A D* je traçai la ligne *D E* parallèle à *B C*; j'obtins ainsi le quadrilatère *B D E C*, destiné à former et remplacer la paupière détruite. Le lambeau disséqué (2) et les artères tordues, je l'abandonnai quelque temps à lui même ; car d'après le précepte de Dieffenbach, il ne faut pas trop se hâter de rejoindre les lambeaux; cette dissection quoique douloureuse fut simple et n'offrit aucune particularité.

Procédant ensuite à la dissection du triangle, je commençai par le sommet, qui était situé à la partie inférieure *C* afin de n'être point gêné par l'écoulement du sang ; je parvins ainsi jusqu'à la conjonctive dont l'adhérence étroite aux parties sous jacentes, au nombre desquelles se trouvait le cartilage tarse, que j'eus la satisfaction de pouvoir conserver quoique fortement endommagé, rendit la dissection longue et laborieuse.

(1) Voir la planche I, fig. 1.
(2) Fig. 2. *E D B C.*

En pratiquant cette dissection, mon intention était de conserver à l'œil la conjonctive, son protecteur naturel, et de contrebalancer l'effet rétractile du lambeau dont les bords ont une tendance naturelle à se recoquiller du côté interne, la muqueuse et le cartilage s'accolant à la face interne devaient modérer cet effet par la tendance qu'ils ont à se porter en sens contraire. L'expérience a justifié mes prévisions.

Le travail de la dissection terminé, je me mis en devoir de placer les points de suture. Le premier fut passé à l'angle *B* du lambeau et fixé au canthe interne de l'œil en *A*. Le second point de suture qui devait servir à maintenir le lambeau vers l'angle externe de l'œil, fut passé dans l'angle *D* et fixé en *B*. D'autres points de suture au nombre de vingt, ont été placés de l'angle externe *B* à l'angle interne *A*, ainsi que de cet angle au point de réunion de l'incision (*C*), afin d'obtenir la réunion immédiate de tous les points du lambeau.

Il restait encore vers la tempe, le triangle *B D E* dû à la perte de substance faite pour former le lambeau, mais à l'aide de points de suture placés aux angles les bords furent rapprochés, et l'étendue en fut notablement diminuée.

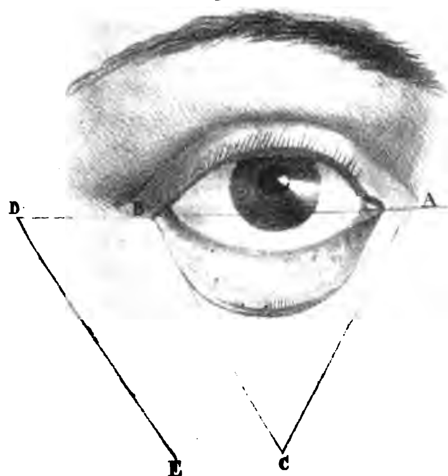
Traitement. Le mode de pansement employé est des plus simples : une boulette de charpie, maintenue par une bandelette d'emplâtre agglutinatif est placée sur la partie dénudée; le lambeau est recouvert de compresses qu'on trempe dans l'eau glacée et qu'on a grand soin de renouveler constamment, afin de ne point les laisser s'échauffer.

Six heures après l'opération, le lambeau commence à prendre une teinte bleuâtre et livide; il est tendu et gonflé, le malade y sent de la chaleur, les compresses glacées qu'on y applique n'y peuvent rester quelques minutes sans s'échauffer. Une application de dix sangsues dont on laisse longtemps saigner les piqûres est faite sur le lambeau. Six heures après cette application, j'y pratique de nombreuses scarifications qui donnent beaucoup de sang. A l'aide de ces émissions sanguines, la tension diminue et le lambeau prend une teinte plus claire.

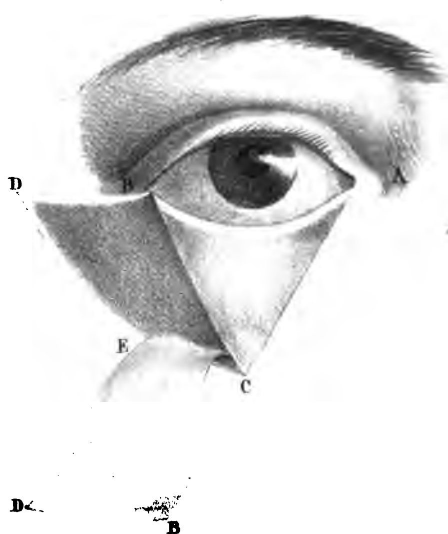
Deuxième jour.— Le malade a eu une nuit calme, pouls à quatre-vingt cinq, sans raideur ni tension. L'aspect du lambeau est à peu près le même que la veille, il est violacé, luisant, le malade y éprouve de la tension et de la chaleur qu'on constate au toucher; nouvelle application de six sangsues, scarifications nombreuses, continuation des fomentations froides, diète absolue.

Troisième jour. — Nuit bonne, état général très-satisfaisant. Le

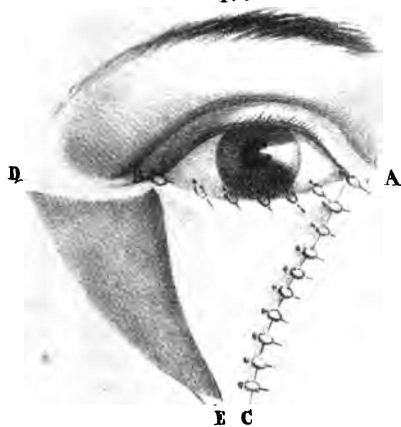
F. 1.



F. 2.



F. 3.



F. 4.



lambeau présente un autre aspect, sa teinte est d'un rouge assez vif; nouvelles scarifications, enlèvement de quelques points de suture, applications froides continuées, diète lactée.

Quatrième jour. — L'état du malade est des plus satisfaisants toutes les sutures sont enlevées à l'exception de celle qui maintient le lambeau dans l'angle externe *B*. La réunion est parfaite à l'angle interne où la nuance plus foncée de la partie restaurée fait seule apercevoir l'application du lambeau. Elle n'est pas accomplie exactement, dans la partie *C*. Cet accident doit être attribué à ce qu'un des bouts du fil, formant le nœud de la dernière suture, est venu se placer sur la ligne formée par la réunion des lèvres de la plaie et a empêché leur réunion immédiate. Touchée avec la teinture de cantharides cette petite plaie bourgeonna bientôt et l'adhésion ne tarda pas à être complète. Les applications d'eau froide sont continuées pendant quelques jours encore, et le gonflement ne tarde pas à céder.

La plaie produite par la perte de substance operée en *C D E* pansée avec de la charpie simple fournit bientôt des bourgeons charnus qui sont réprimés avec le nitrate d'argent.

Le traitement ne fut compliqué d'aucun accident cérébral, le pouls ne s'est jamais élevé au-delà de quatre-vingt-dix pulsations; on peut attribuer ces circonstances favorables à la quantité de sang perdue par le malade pendant l'opération et à celle qui lui fut encore soustraite par les évacuations sanguines locales, pratiquées à différentes reprises pendant le cours du traitement. Mais douze jours après l'opération, un érysipèle se déclara à la paupière supérieure gauche; il s'étendit bientôt à toute la joue, gagna le côté droit, envahit la paupière supérieure et la partie frontale de ce côté de la face, sans épargner, le lambeau qui se tuméfia un peu comme le reste, mais le tout céda à l'application de sachets aromatiques et à l'emploi de révulsifs sur le tube intestinal. Cet érysipèle, à cette époque du traitement, ne ponvait me donner d'inquiétude sur son issue, mais il retarda de quelques jours la guérison. Le malade put bientôt cependant retourner chez lui et reprendre ses occupations. L'œil droit, protégé contre l'action de l'air et de la lumière, n'éprouvait plus de photophobie.

Après être entré dans les plus grands détails sur le mode d'opération employé et sur le traitement suivi, je me permettrai de faire quelques remarques que je ne crois pas sans utilité. Les opérations le plus habilement pratiquées échouent quelquefois, faute de soins, pour une légère négligence. Certaines précautions très-vétilleuses

en apparence sont très-importantes dans la pratique ; c'est ce que prouve l'expérience. Un détail de ce genre, une précaution qu'il est bon de recommander aux praticiens, c'est de laver souvent, pendant le cours du traitement, le lambeau avec une éponge fine imbibée d'eau de savon, pour le débarrasser d'une couche grisâtre qui se forme à sa face épidermique à laquelle elle adhère fortement. Cette couche peut empêcher l'exhalation ordinaire de la peau, nuire à ses fonctions, entraver la vitalité du lambeau, en un mot compromettre l'opération. Ces lotions ne doivent être faites qu'après que l'usage des émissions sanguines n'est plus nécessaire.

L'enlèvement des points de suture doit être pratiqué avec beaucoup de soin. Pour n'exercer aucun tiraillement, le chirurgien doit saisir le nœud avec des pinces très-déliées, couper un seul fil au moyen de ciseaux fins et tirer doucement sur le fil resté intact pour l'amener au dehors. Ceci doit se faire le 3e ou le 4e jour au plus tard ; un plus long espace de temps pourrait déterminer une suppuration qui détruirait la réunion des parties qu'on n'a obtenue qu'au prix de tant de peines et d'efforts. Je pense même qu'après quarante-huit heures on pourrait enlever les sutures qui ne sont que secondaires ; ces sutures n'étant pas destinées à soutenir les tractions du lambeau il ne peut y avoir de danger à les enlever à cette époque.

Un point important de thérapeutique dans ce mode de restauration, est l'emploi de sangsues et de scarifications qu'on fait sur un lambeau de peau qui ne conserve de rapports avec les autres tissus du corps, que par un simple pédicule. Autrefois on fesait usage dans ces cas, de fomentations aromatiques, ce qui n'empêchait pas la gangrène, que l'on voulait éviter, de détruire les tissus déplacés ; cette manière d'agir même, en était la cause. Les résultats satisfaisants obtenus par le mode de traitement employé aujourd'hui s'expliquent facilement, et me dispensent d'en parler d'une manière étendue ; quelques mots suffiront : le rameau artériel conservé dans le pédicule pour entretenir la nutrition du lambeau, y amène le sang, tandis que les rapports des veines ayant été rompus, par les incisions, ce fluide qui ne peut être reporté dans le torrent de la circulation, vient s'accumuler dans le lambeau qui finirait par tomber en gangrène, si on n'enlevait pas le sang par des évacuations locales ; tant qu'il présente une teinte bleuâtre et livide il faut persister dans l'emploi des émissions sanguines locales ; mais dès qu'il commence à pâlir, on doit les suspendre ; car alors la circulation se rétablit par le fait même de la réunion des parties.

Les nombreux et beaux succès que compte déjà l'autoplastie, pour la restauration des autres parties de la face, doivent engager les chirurgiens à faire un usage plus fréquent de ce mode de traitement qui permet à l'art chirurgical de dissimuler bien des difformités, de soulager bien des infirmités et des souffrances.

J'ai revu M. G. il y a quelque temps; la réunion s'est parfaitement maintenue, la cicatrice n'est pas visible à l'angle interne ; mais un épiphora se montre encore quand M. G... s'expose à un froid vif; ce qui doit être attribué à la destruction des points lacrymaux. Le rétablissement du cours des larmes exigeant un traitement qui n'a rien de commun avec l'opération dont je donne la relation, je m'abstiens d'en parler ici.

DE LA DIVISION DES DEUX DROITS INTERNES, DANS CERTAINS CAS DE STRABISME CONVERGENT;

Par M. Florent Cunier.

M. le docteur De Nobele (*Bulletin de la soc. de méd. de Gand*, juillet 1840), disait, il y a onze mois, avoir observé qu'après que l'on a remédié au strabisme interne d'un côté, l'autre œil devient plus ou moins louche, ce qui l'engage à opérer toujours les deux yeux à la fois, n'existât-il aucune apparence de strabisme du côté sain.

En faisant connaître cette remarque (*Ann. d'Oculist.*, octobre 1840), j'ajoutai que cette seconde opération me paraissait devoir être fort souvent inutile, et que je n'oserais point la pratiquer dans la crainte de produire sur l'œil sain un strabisme dans la direction opposée au muscle divisé.

Dans ces derniers temps, deux médecins, l'un russe, M. Doubovitski, l'autre anglais, M. Lucas, ont repris l'observation de M. De Nobele, et l'ont présentée comme leur.

« Je ferai observer, en passant, dit M. Doubovitski, que, dans le « strabisme convergent prononcé, quoique d'un seul œil, il faut couper « toujours les muscles droits internes des deux yeux ; si l'on se bor- « nait à ne couper que le muscle du côté malade, on réussirait rare- « ment. » (*Annales de chirurgie*, février 1841, p. 130.)

Quant à M. Lucas, il est plus reservé; il trouve comme moi que la double opération doit être fort souvent inutile; elle n'est indiquée, selon lui, que dans les cas où la division du muscle entretenant la déviation est insuffisante.

M. Lucas cite à l'appui de son opinion, plusieurs faits entre lesquels je choisirai les deux suivants que M. Rognetta a fait connaître dans la *Gazette des Hôpitaux :*

Obs. I. — Miss, J. A., âgée de trente ans, est affectée de strabisme convergent à l'œil gauche. Elle peut diriger en dehors l'œil affecté jusqu'au centre de l'orbite, mais ne peut l'y retenir que quelques secondes, à moins que l'œil sain ne soit couvert. Lorsque l'œil louche est tourné aussi loin que posible en dehors, l'œil sain occupe sa position normale, obéissant par là aux lois qui règlent les mouvements des deux yeux à l'état sain ; mais après cinq ou six secondes que l'œil louche a repris sa position habituelle, l'œil sain poursuit ses mouvements indépendants de l'autre.

Ce strabisme existe depuis l'âge de deux ans.

M. Lucas a divisé le muscle droit interne de l'œil gauche et ses connexions aponévrotiques (facial connexions). L'œil s'est tourné en dehors, mais il est plus proéminent que l'œil sain. Un examen attentif des mouvements des deux yeux fait reconnaître que l'œil opéré est incliné en haut et en dedans ; le strabisme continue, mais à un degré beaucoup moindre qu'avant l'opération. Ayant examiné de nouveau attentivement l'endroit divisé, M. Lucas s'est assuré que toutes les fibres du tendon avaient été coupées ; il a divisé encore largement les fascias sous-conjonctival et sous-musculaire des environs ; mais l'état de l'œil n'a pas changé. M. Lucas a alors opéré l'œil droit, dont il divisé le muscle droit interne et ses adjacences aponévrotiques en haut et en bas. A l'instant les deux yeux sont devenus également droits et saillants, et leurs mouvements d'un accord parfait comme dans l'état normal.

Obs. II. — M. Robert Bellringes, âgé de quarante ans, est strabique de l'œil droit depuis l'enfance, par suite d'un coup qu'il avait reçu sur la tête. L'œil est tourné profondément en dedans, de sorte que la moitié de la cornée est cachée derrière la caroncule. Il peut le tourner en dehors pendant quelques secondes, jusqu'au centre de l'orbite, mais pas au-delà. Dans cet instant, les deux yeux sont également droits ; mais au moment où il fait des efforts pour porter l'œil droit très en dehors, l'effort se communique à l'œil gauche qui se tourne en dedans. Lorsqu'on permet aux deux yeux de se tourner sans effort, le droit reste enseveli dans l'angle interne, tandis que le gauche obéit aux mouvements naturels. La vue de l'œil louche est si défectueuse qu'il ne peut lire avec cet organe, et il ne peut dire si le strabisme a précédé ou suivi cet état.

M. Lucas a divisé le muscle droit interne dé l'œil droit ; après quoi, il a comparé les deux yeux, et a trouvé que le droit inclinait en dedans. Il a examiné de nouveau l'œil opéré, et il s'est assuré que le muscle était complétement coupé. Néanmoins, quoique les fascias sous-conjonctival et sous-musculaire parussent placés dans leur position naturelle, il les a divisés largement ; mais cela n'a produit

d'autre effet que de rendre l'œil plus saillant. Il a divisé immédiatement le muscle droit interne de l'œil gauche et les fascias, dans la même étendue que de l'autre côté : les deux yeux sont devenus parfaitement droits, également proéminents, et se mouvant régulièrement dans une harmonie parfaite.

(*Provincial Medical and Surgical Journal.*)

Les faits cités par M. Lucas sont dignes de fixer l'attention; mais il a, je pense, exprimé ce qui n'existe point en disant que le strabisme persiste dans ces cas; pour moi, je crois l'explication de M. De Nobele beaucoup plus exacte : on découvre alors que l'œil réputé sain louchait.

Je n'ai jusqu'ici remarqué cette particularité que dans le strabisme *vague*, et sur deux malades que je viens d'opérer en présence de MM. les docteurs Servais, Fleussu et de M. Moons, chirurgien, j'ai prédit la déviation que la division du muscle du côté louche, allait déterminer du côté considéré comme sain.— Ce n'était plus alors l'œil manifestement louche qui était dévié, mais au contraire, l'œil qui paraissait sain avant l'opération; celui-ci, maintenant dévié, entraînait en dedans l'œil opéré, qui, lorsque l'autre était fermé, ne pouvait plus être porté en dedans,— et c'est là l'indice le plus sûr de la cessation du strabisme.

Les mouvements en dedans de l'œil opéré sont-ils encore possibles, l'opération de l'autre côté n'y ferait ni chaud ni froid. C'est qu'en effet de deux choses l'une, ou le muscle a été divisé trop en avant, une insertion antérieure a échappé à l'instrument, ou la membrane fibreuse a été trop épargnée — ce que je viens d'observer encore sur deux louches opérés l'un en présence de M. le professeur Burggraeve, de Gand, l'autre en présence de M. le professeur Hairion de Louvain.

Il faut donc, avant de porter l'instrument sur l'autre œil, s'assurer d'abord, et le plus minutieusement possible, que l'on n'a rien laissé subsister qui soit capable de retenir l'œil dans le sens de sa position vicieuse.

Il arrive aussi que la division bien complète du droit interne et de ses attaches sur l'œil dévié n'est pas suivie d'un plein succès; l'œil peut alors être encore porté en dedans — celui non-opéré étant tenu fermé —, mais il décrit alors une courbe vers le haut, et le mouvement horizontal est impossible; c'est toujours à l'oblique supérieur qu'il faut s'adresser dans ces cas. Il n'y a pas longtemps que cette particularité s'est présentée chez deux louches que m'ont vu opérer M. Morel, professeur à l'université de Bruxelles, et M. le docteur Servais. La division du droit interne était bien complète, je m'en suis assuré à deux reprises; la courbe que décrivait l'œil pour se porter en dedans me fit reconnaître que la persistance du strabisme à un degré moitié moindre qu'avant l'opération, tenait à l'action du grand

oblique; vingt-quatre-heures plus tard je divisai la poulie de ce muscle, selon la méthode de M. Gairal, et l'œil reprit incontinent sa position normale — il fut même porté quelque peu vers le dehors. — L'autre œil, qui paraissait strabique avant cette opération, reprit incontinent toute sa rectitude première.

« Dans des cas semblables, dit M. Lucas, M. Liston a coupé en même temps le droit supérieur ou le droit inférieur (octobre 1840). Cette pratique dont le but est d'accomplir ce que la division du premier muscle n'avait pu effectuer, est plutôt nuisible qu'utile, et décèle dans les personnes qui l'ont adoptée une ignorance complète de l'anatomie et de la physiologie des mouvements régulateurs de l'œil. »

Je suis certainement de l'avis de M. Lucas, mais, l'expérience me l'a démontré, ce n'est pas non plus le droit interne de l'autre œil qu'il faut toujours couper.

La nécessité de cette double division peut dans presque tous les cas être prédite.

Ce n'est pas, comme l'a dit, M. Doubovitski, lorsque le *strabisme convergent est très-prononcé*, que cela aura lieu; l'honorable professeur de St Pétersbourg me parait avoir émis ici une proposition purement spéculative; il est impossible que l'expérience lui ait servi de guide en cette occasion — tous les opérateurs de strabisme seront de mon avis.

La double opération sera toujours indispensable — ou pour le moins très-prudente — dans le strabisme *vague*, où l'on a peine à reconnaître quel est l'œil louche. Le docteur Pétrequin a proposé, pour éclairer ce point important, l'expérience suivante qu'il a plusieurs fois publiquement démontrée en présence de MM. Phillips, Baudens et Amussat. (Voir *Annales d'oculistique*. vol IV, p. 262.) « M. Pétrequin ordonne au malade de regarder un petit objet à une distance fixe; il passe alternativement devant l'un et l'autre œil, un corps opaque; l'image est perçue tant que l'axe de l'œil sain reste libre, et disparaît dès qu'il est interrompu; l'œil dévié ne joue dans la vision qu'un rôle très-secondaire; et si, au moment où l'objet cesse d'être perçu, on commande au malade de chercher, il est très-remarquable que cet œil exécute diverses oscillations jusqu'à ce que son axe optique se soit établi dans la direction voulue. »

L'expérience de M. Pétrequin m'a toujours réussi pour reconnaître quel était l'œil le plus sain; — car je professe que tous les deux sont alors déviés, mais un à un faible degré. — Aussitôt que le plus contourné a été opéré, souvent l'autre louche d'une manière remarquable.

Une question se présente naturellement ici. Doit-on couper les deux muscles internes à la fois, comme le veulent MM. De Nobele, Pétrequin, Doubovitski, Lucas?

Pour mon compte, je rejette cette pratique. Je préfère attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'autant mieux que j'ai vu

l'œil louchant vaguement cesser d'être porté en dedans dès le second jour, — ce qui donne une haute importance au signe fourni par l'expérience de M. Pétrequin. Opérer deux yeux en une seule séance, même dans le strabisme évidemment *double* comme le conseillent M. M. Dieffenbach, Phillips, De Nobele, Sotteau, Pétrequin, Amussat, L. Boyer, Doubovitski, Lucas, etc., m'a toujours paru une pratique dangereuse. Mon avis était tel dès le principe, et les accidents que je vois relatés dans quelques journaux de Londres, à la suite de la double division simultanée, ne font que me confirmer dans l'opinion que je me suis formée. Une seule fois — c'était en avril — j'ai divisé en une séance les deux droits internes, et M. le docteur Fleussu, qui avait bien voulu se charger du traitement consécutif, a dû agir de la manière la plus énergique pour conjurer la réaction inflammatoire qui menaçait d'être funeste.

Quarante huit heures d'intervalle entre les deux opérations, me paraissent suffire ; attendre plus longtemps, dans le strabisme double, qui nécessite toujours une double opération, est imprudent, l'œil dévié entraînant l'autre vers son ancienne position — ce qui a également lieu dans le strabisme *vague*, que je considère aussi comme *double*. Les moyens orthophthalmiques ne sont même pas assez puissants alors pour empêcher une réunion de la plaie, une cicatrisation musculaire, telles qu'une seconde opération deviendrait nécessaire — ou que tout au moins il serait indispensable de détruire la cicatrisation déjà opérée.

L'espace me manque pour citer divers exemples confirmatifs de que je viens d'exprimer.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LA MYOPIE.

M Cunier vient de pratiquer avec succès l'opération proposée par M. Jules Guérin (*Annales d'Oculistique*, avril) pour la cure de la myopie ; quatre malades ont été débarrassés de leur infirmité par la myotomie sous-conjonctivale. La dame d'un capitaine de cavalerie pouvait à peine déchiffrer le caractère double canon avec des verres n° 3 ; les deux droits internes, et les deux droits externes ont été divisés ; aujourd'hui trentième jour de l'opération, elle lit parfaitement à l'œil nu tous les caractères d'imprimerie, depuis *la mignonne* (1) jusqu'au *double canon* (2). Un jeune homme d'Anvers, dont la myopie

(1) Mignonne.

(2) double canon

équivalait à la cécité, a subi, il y a quinze jours, la division sous-conjonctivale des muscles droits internes et externes, et il peut lire aujourd'hui à l'œil nu le caractère cicéro ; à la distance de quatre mètres il lit les enseignes des marchands, à trente pas il reconnaît les personnes, en s'aidant de verres n° 10. Le troisième myope est un Anglais, âgé de 19 ans, qui depuis deux ans ne pouvait plus lire aucune espèce de caractère ; aucun verre ne pouvait l'aider. Le troisième jour de l'opération, il lisait le caractère cicéro en armant ses yeux de verres n° 6 : dès le huitième jour, il pouvait lire à l'œil nu ce caractère et tous les autres, y compris *la mignonne* des éditions de M. Laurent.

Le quatrième myope opéré, offrait des signes certains de contracture de l'oblique inférieur, et c'est ce muscle qui a été divisé.

M. Cunier fera connaître ces quatre observations avec plus de détails, dès qu'il aura opéré les autres myopes qui viennent de s'adresser à lui ; il relatera en même temps les nombreux cas dans lesquels il est parvenu, à l'aide de l'exercice orthophthalmique, à modifier, souvent à guérir, cette imperfection visuelle. Chez les quatre myopes qu'il vient d'opérer, le traitement orthosomatique avait échoué.

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES.

Le nombre des malades traités par M. Cunier au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, depuis le 1er octobre 1840, jusqu'au 31 mai 1841, s'est élevé à 578.

Dans ce total ne figurent point 219 louches, qui ont subi l'opération, 67 des deux yeux, 152 d'un seul œil — ce qui fait en tout 286 opérations.

Le succès a été complet chez 213 louches ; dans *trois* cas de *strabisme ankylosé* le mouvement en sens opposé à la déviation a seulement été rendu possible; *deux* fois le résultat a été négatif ; chez un *sixième* louche, il y a eu récidive, et une seconde opération n'a remis l'œil dans sa situation normale, que pour le voir se dévier de nouveau dès le septième jour.

Quatre fois il y a eu récidive ; mais elle a cédé à une nouvelle opération.

La relation des particularités rencontrées dans ces nombreuses sections musculaires sera consignée dans le Compte-rendu des maladies observées au dispensaire, du 1er octobre 1840, au 30 juin 1841, travail qui sera inséré dans notre livraison du mois d'août.

ANNALES D'OCULISTIQUE.

Tome V. — 4me livraison. — Juillet 1841.

DEUXIÈME MÉMOIRE

SUR QUELQUES POINTS PROPRES A ÉCLAIRER L'HISTOIRE DE L'OPHTHALMIE DES ARMÉES;

Par M. le docteur DECONDÉ,

Médecin de régiment au 3e chasseurs à pied, etc., à Liége.

La question que nous nous proposons d'examiner dans ce nouveau mémoire est celle-ci : *L'ophthalmie qui règne dans notre armée a-t-elle toujours existé en Belgique ?*

§. I. — Tous les médecins qui se sont occupés de cette question s'accordent à rapporter à 1813, 14 et 15, l'époque de sa première manifestation, et à 1817, celle de sa généralisation dans l'armée des Pays-Bas ; seulement les opinions ont différé sur la nature des causes qui l'avaient fait naître ; les uns avec M. de Kirckhof, etc., la faisant dépendre de causes catarrhales, de corps irritants répandus dans l'atmosphère, et affectant le globe de l'œil par leur contact ; les autres enfin la considérant comme reproduite par contagion, et importée dans le pays en 1815, par les armées qui sont venues l'occuper. Cette dernière opinion, qui a d'abord été émise par M. le professeur Kluyskens, à la suite de faits observés, est partagée par MM. les médecins principaux Fallot et Gouzée.

Il est assez remarquable et même assez étonnant que presque tous les médecins ont attaché peu d'importance à s'assurer si l'ophthalmie ne sévit que depuis 1815, ou si elle existait déjà avant cette époque. Nous croyons pour notre compte, que la question n'est pas sans valeur. En effet, si notre ophthalmie est une affection importée du dehors ; si elle n'est pas naturelle à notre climat ; il ne sera pas impossible qu'elle disparaisse, dégénère, ou diminue inces-

samment de gravité, par suite d'une sorte d'acclimatement, tel que cela s'est vu pour la syphilis et pour la lèpre importée a la suite des croisades; et on est en droit d'espérer, au moyen d'une médication et d'une hygiène bien entendues, d'en atténuer les fâcheux effets, d'en limiter l'extension, et enfin, de la voir disparaître faute d'aliment. Si au contraire la maladie n'est point importée, si elle sévissait déjà dans notre pays antérieurement à toute importation par les troupes alliées en 1815, l'espoir de la voir disparaître, s'il n'est point nul, aura bien peu de probabilité, le mal pouvant toujours se reproduire par les mêmes causes qui l'ont fait naître, et cela en l'absence de toute contagion.

Dans un long travail sur l'ophthalmie de notre armée, qu'en janvier 1839, nous avons adressé à la Sciété des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et dont ce corps savant a décidé l'impression, nous avons cherché à prouver, par des faits, que l'ophthalmie gonorrhoïque, et l'ophthalmie des nouveaux-nés ne différaient en rien (1) de l'ophthalmie purulente des armées, et qu'elles étaient également contagieuses. Or, ces deux affections ayant existé avant 1815, nous nous sommes rallié à l'opinion que l'ophthalmie purulente et la granuleuse avaient dû exister sporadiquement avant cette époque, et il n'est pas impossible qu'elle se soit étendue épidémiquement dans certaines localités; c'est en effet ce que semblerait prouver une note de M. Cunier, à la traduction qu'il a faite en commun avec M. von Kriss de l'ouvrage d'Eble (2). « M. Brabant et M. Criquillion, dit M. Cu-« nier, parlent d'une ophthalmie que l'on observait alors (1770 « et 1775) et qui présente l'analogie la plus frappante avec l'oph-« thalmie d'Égypte et avec la nôtre. Elle régna sporadiquement « d'abord, puis épidémiquement, parmi les troupes. »

§ II. — Il est un résultat d'observations qui nous sont propres, et qui viennent imprimer à cette hypothèse le cachet de la réalité. Nous avons démontré que le chien est sujet à une ophthalmie purulente en tout semblable à la nôtre, et qu'elle est si commune, qu'on pourrait presque la prendre pour un état normal; qu'elle est contagieuse par voie immédiate et par la voie de l'atmosphère, et que comme chez l'homme, elle a pour caractère anatomique, la granulation vésiculeuse. Il en résulte que, puisque l'ophthalmie purulente

(1) Voyez aussi *Annales d'Oculistique*, tom. I, pag. 341 et suiv. : Quelques considérations sur l'ophthalmie gonorrhoïque, par Decondé.

(2) Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées qui règne épidémiquement parmi les troupes belges, par Burkard Eble, p. 8. Bruxelles, 1836.

ou granuleuse a existé chez le chien avant 1815, elle doit être considérée comme naturelle à nos climats, et que possédant la faculté de se communiquer, il se présente dans la vie tant de circonstances qui ont pu favoriser cette communication, que nous devons admettre que cette maladie a dû passer fréquemment de ces animaux à l'homme, comme elle a dû passer parfois de l'homme à ces animaux. En voici deux faits dont l'un est dû à M. le médecin de régiment Paoli, et l'autre a été recueilli par moi.

Obs. I. — M. Paoli rapporte que le sergent Venturini étant revenu de l'hôpital de Pise, où il avait été traité pour ophthalmie, à la caserne de Livourne, avec perte d'un œil qui continuait à sécréter beaucoup de matière, communiqua l'ophthalmie à plusieurs individus de sa compagnie et plus tard son chien qui couchait dans son lit, fut pris d'ophthalmie et devint aveugle (1).

Obs. II. — Dans les premiers jours de mars 1840, je fus demandé pour le petit garçon du carossier Wery, atteint d'ophthalmie granuleuse assez intense avec rougeur du globe de l'œil, et sécrétion purulente assez forte. — Le père et la mère avaient les paupières très saines, et il n'y avait dans la maison ni domestique ni servante ; le seul ouvrier qui y travaillait avait les paupières saines, et l'enfant qui ne sortait pas de la maison, ne jouait pas avec d'autres enfants. Quand il était désobéissant, et cela lui arrivait assez souvent, on le mettait avec le chien pour le punir, et on l'enfermait dans la niche de celui-ci. L'enfant loin d'en être effrayé jouait avec cet animal qui avait une ophthalmie extrêmement forte. J'ai cru pouvoir en conclure que c'était de ce chien que l'enfant avait contracté l'ophthalmie dont il était affecté.

Les faits de cette nature sont rares, mais ils ne le sont que parcequ'on ne pousse pas ordinairement les investigations assez loin. Nous croyons que si on s'attachait davantage à reconnaître la source de cette maladie, lorsqu'elle se manifeste dans une habitation, on aurait souvent l'occasion de la rapporter à une origine semblable à celle que nous venons d'indiquer. J'ai connu un chasseur de profession souffrant d'un engorgement granuleux opiniâtre ; ce chasseur couchait habituellement avec un chien de chasse, qui avait une forte

(1) Relazione sulle ottalmie militari, di Lud. Paoli, chirurgo-maggiore militare e consultatore de J. R. Spedali di Livorno. Livorno 1814.

Nous avons rapporté un fait semblable, voyez Annales de la Société de médecine d'Anvers, année 1840, Mémoire sur quelques questions qui ont trait à l'ophthalmie de l'armée, pag. 320.

ophthalmie. — Dans certaines localités pauvres de notre pays, nous avons vu père, mère, enfants, animaux domestiques, tous couchés dans un même local, et certes dans des cas semblables, si les animaux sont affectés d'ophthalmie contagieuse, il pourra se faire que les autres habitants du lieu en souffrent également.

§ III. — Le chien n'est pas le seul animal qui souffre de l'ophthalmie ; le chat se trouve dans le même cas, mais il en souffre moins fréquemment, moins gravement, et il en guérit beaucoup plus facilement (1). Nous tenons d'un vétérinaire expérimenté, M. Evers de Liége, que les herbivores, le cheval et le bœuf, souffrent également de l'ophthalmie purulente, mais nous croyons que le lapin et le lièvre en sont exempts.

Si nous passons aux oiseaux, nous trouvons que la plupart d'entre eux sont sujets à des maux d'yeux, et à un état granulo-vésiculeux des conjonctives des paupières, offrant la plus grande analogie avec nos vésicules palpébrales, et sécrétant également une matière visqueuse épaisse et demi transparente; nous avons constaté cet état d'une manière très-prononcée sur le canard sauvage, le canard domestique, la bécasse ; nous avons reconnu un état granuleux sur le pigeon, etc., etc., et l'auteur d'un ouvrage sur l'ornithologie (2), signale comme pouvant contracter l'ophthalmie sous l'influence d'une certaine alimentation, les oiseaux dont les noms suivent : Le Bec croisé, *Loxia curvirostra*, Linn. ; le Bouvreuil, *Loxia Pyrrhula*, Linn. ; le Pinson, *fringilla cælebs*, Linne. ; le Chardonneret, *fringilla carduelis*, Linn. ; et la fauvette d'hiver ou traine-buisson, *Motacilla modularis*, Linn (3).

§ IV. — Chez la plupart des animaux que nous venons de nom-

(1) Nous croyons que cela tient à ce que le chat vit plus au grand air que le chien, à ce qu'il a une vie plus ambulante et qu'il couche rarement dans un même gîte, et qu'il a moins de rapports avec les autres animaux de cette espèce, toutes circonstances qui sont propres à la guérison du mal lorsqu'il existe ou à faire éviter de le contracter lorsque l'animal a les conjonctives saines.

(2) Manuel de l'amateur des oiseaux de volière ou instruction pour connaître, élever, conserver et guérir toutes les espèces d'oiseaux que l'on aime à garder dans la chambre, etc., par M. Tdechstein, traduit de l'allemand.

(3) Ce qui nous autorise à considérer cet état granuleux des conjonctives des paupières des oiseaux, comme analogue à l'état granuleux vésiculeux des conjonctives de nos soldats, c'est qu'indépendamment de l'analogie la plus parfaite, nous en avons trouvé très-développées, chez les uns, moins développées chez d'autres et nulles ou presque nulles chez les derniers, quoique tous ces animaux fussent de la même espèce.

mer, l'ophthalmie ne paraît pas être une affection simplement locale, mais bien l'expression d'un état général donné, d'une composition spéciale du sang. Écoutons M. Magendie : si on défibrine, nous dit ce célèbre physiologiste, le sang d'un chien, on pourra déterminer l'ophthalmie aussi bien qu'en opérant la transfusion du sang d'un chien dans les veines d'un autre chien ; on déterminera à coup sûr cette maladie à l'état purulent, si on injecte dans la veine jugulaire d'un chien, une solution de sous-carbonate de soude (1). — Les nourrisseurs de chiens et de chats assurent qu'une alimentation animale composée de viandes cuites, détermine l'ophthalmie chez ces animaux, et ils donnent pour raison que le chien, bien que carnivore, n'est appelé à manger que des viandes fraiches et non des viandes cuites. — L'auteur d'ornithologie dont nous venons de parler, et les oiseleurs que nous avons consultés, nous assurent que lorsqu'on nourrit les oiseaux que nous avons déjà nommés avec une proportion trop forte de chènevis, cannabis sativa, ils deviennent asthmatiques, contractent des maux d'yeux, leurs pattes s'enflent et s'ulcèrent, et ils périssent ordinairement dans le marasme.

Que conclure des expériences de M. Magendie et des assertions qui précèdent ? Que l'ophthalmie est le résultat d'une altération du sang, et que cette altération est surtout occasionnée par une nourriture spéciale, la viande cuite chez le chien et le chat, et l'usage trop abondant de chènevis, chez les granivores, quoique cependant elle puisse être déterminée également par toute autre cause, agissant

(1) M. Magendie ayant remarqué la lésion de l'œil droit dont la suppuration commençait à s'opérer, chez un animal auquel on avait injecté du sérum dans les veines, dit à ce propos :

« Déjà dans un grand nombre d'expériences, nous avions établi les rapports « qui existent entre l'altération du sang et l'apparition d'ophthalmies à termi- « naison presque toujours fâcheuse ; pour le dire en passant, en présence des « faits que nous avons recueillis ne pourrait-on pas reconnaître dans la produc- « tion de ces maladies qui attaquent d'une manière épidémique le globe ocu- « laire, une cause qui porterait principalement son action délétère sur le sang « et amènerait consécutivement à l'altération de ce liquide, de ces ophthalmies « si subites et en même temps si redoutables qui attaquent quelquefois les grandes « réunions d'hommes et d'animaux ? . . . .
« . . . . C'est une question qu'avant nos re- « cherches, nul n'avait abordée : on voyait dans certains cas de perturbation « grave de tout l'organisme, apparaître ces ophthalmies : on les croyait indé- « pendantes des troubles généraux ; et considérées comme un fait isolé, le trai- « tement qu'on leur opposait était local et empirique. » (Leçons sur le sang, édi- « tion de Bruxelles à 2 colonnes, pag. 30 et 31.)

directement sur le sang et le modifiant dans sa composition (1). Une des conséquences serait encore de faire croire que l'opthalmie chez l'homme *pourrait également être* une conséquence d'une alimentation spéciale à laquelle il est soumis ; mais gardons-nous bien d'admettre cette conclusion sans examen plus approfondi de la chose ; d'abord les insectivores y sont également sujets, ainsi que les oiseaux aquatiques qui se nourrissent dans la fange et la boue, tels que les canards ; il en est de même des herbivores, tels que le cheval et le bœuf. Nous ajouterons encore qu'on guérit très-bien l'ophthalmie chez le chien, nonobstant la persistance de l'alimentation vicieuse, et qu'on voit cette maladie se manifester chez ceux qui sont soumis à l'alimentation la plus convenable. Nous avons fait pour éclaircir ce point les expériences suivantes.

Obs. III. — Chez un chien, dont les granulations ont été détruites par la cautérisation, nous mettons à nu la veine jugulaire du côté droit, et après y avoir fait une petite ouverture, nous y injectons au moyen de la seringue d'Anel une solution aqueuse d'un gros de carbonate de soude dans une once véhicule. Cette injection est poussée vers les racines des veines, et le sang est retenu un instant dans la veine par compression. Après quelques minutes, on cesse la compression, le sang coule abondamment par la plaie et se coagule moins promptement que de coutume ; l'hémorrhagie est tellement abondante que nous sommes forcés de lier la veine (7 février 1840).

Cette expérience n'a été suivie d'aucun résultat ; le chien observé pendant plusieurs semaines est resté languissant, mais a offert ses conjonctives palpébrales plus pâles qu'avant l'opération, ce que nous avons attribué à l'écoulement abondant du sang, qui a suivi l'opération.

Obs. IV. — Chez un chien de chasse porteur de très fortes granulations des conjonctives palpébraleset d'ophthalmie assez intense du globe de l'œil, nous injectons une solution de ʒj de carbonate de soude dans ℥js d'eau dans la veine jugulaire droite, en dirigeant

(1) M. Rognetta (Cours d'ophthalmologie), en parlant de la conjonctivite franche ou essentielle place en tête de ces causes : « les excrétions supprimées, « telles que la sueur rétropulsée par l'action d'un air froid (principe catarrhal) ; « l'arrêt accidentel des menstrues, etc., etc. Enfin, dit-il, la conjonctivite grave « qu'on observe quelquefois chez les femmes qui viennent d'accoucher entre « aussi dans cette catégorie. Demours qui en a observé un grand nombre, les « attribue à une métastase laiteuse. » Ces circonstances paraissent également n'agir qu'en modifiant la composition du sang.

le liquide vers le cœur. Nous tenons les parois de la veine rapprochées afin de prévenir la sortie du liquide injecté. Après 5 minutes nous abandonnons le chien à lui même ; il perd d'abord beaucoup de sang fluide, 4 ou 5 onces, le sang s'arrête enfin, et le chien est pris d'un tremblement général qui persiste pendant plus d'une heure, et d'une sorte d'hébêtude très-marquée. (4 octobre 1840).

Le chien reste longtemps faible, maladif, mais il se remet enfin; les paupières étaient plus pâles qu'avant, les granulations palpébrales plus isolées et moins entourées de vaisseaux. (20 octobre 1840).

Obs. V. — Le 25 janvier 1841, nous mettons à nu, la veine jugulaire d'un chien, porteur de fortes granulations inflammatoires et au moyen de la seringue d'Apel, nous poussons dans cette veine une solution de ʒj de carbonate de soude dans ℥j d'eau de pluie, en lançant le liquide vers le cœur ; une once de liquide pénètre dans les vaisseaux.

L'expérience a été faite conjointement avec MM. les docteurs Merchie, médecin de régiment au 1er de ligne, et Lefebvre, médecin de bataillon au 3e chasseurs. Immédiatement après l'expérience dans laquelle le chien a perdu 2 à 3 onces de sang, il est hébêté, engourdi ; un instant après il est pris de quelques mouvements convulsifs, et reste bientôt privé de tout mouvement ; il était agonisant et nous l'eussions cru mort, si le mouvement des côtes ne nous eût indiqué qu'il respirait encore. Grâces aux soins qu'on lui donne, il revient complément à lui, mais il reste couché et refuse de manger.

Depuis ce jour jusqu'à sa mort, le 6 février 1841, il y eut des alternatives de mieux et de pis ; loin de remarquer la moindre altération aux paupières, ou au globe de l'œil, la conjonctives de rouges qu'elles étaient avant l'opération sont devenues pâles, les granulations sont diminuées de volume et se sont isolées.

Obs. VI. — Le 19 février 1841, assisté de MM. Merchie et Lefebvre, nous mettons au moyen d'une petite incision, à nu la veine jugulaire gauche d'un très-jeune chien de très-petite taille, et dont les conjonctives palpébrales offrent une légère plaque de granulations vésiculeuses; nous ouvrons la veine et y injectons près d'une once d'une solution de ʒs de carbonate de soude dans ℥j d'eau distillée de roses. Toutes les précautions possibles ayant été prises pour éviter une hémorrhagie, le chien ne perdit qu'environ 6 gros de sang, qui s'est rapidement caillé; la veine fut doublement liée aussitôt après l'opération.

Le chien ne manifeste d'abord aucune inquiétude et ne paraît nul-

lement souffrir ; mais un instant après il se couche dans sa niche et y reste toute la journée sans en sortir, il refuse toute nourriture et ne fait que boire.

Le chien reste en cet état et meurt le 21 février, 48 heures après l'opération; l'autopsie ne nous fait rien constater que nous n'eussions signalé avant l'opération.

Ces expériences sont non seulement négatives, mais même dans une sorte d'opposition avec celles de M. Magendie ; pourtant dans plusieurs d'entr'elles nous devons signaler que toutes les circonstances favorables à la naissance de l'ophthalmie ont été produites. C'est ainsi que nous avons eu chez le même chien, expérience V, perte abondante de sang, par conséquent état défibriné de ce liquide ; modification dans la composition du sang et liquéfaction de ce fluide sous l'influence de l'injection de la solution de carbonate de soude, circonstances qui ont été accélérées par la diète à laquelle se soumettent les animaux victimes de l'expérience et qui en sont excessivement affectés ; 3° enfin sécrétion purulente abondante vers la plaie qui est lente à se guérir, et qui dans l'état d'anéantissement dans lequel se trouve le chien malade, doit inévitablement amener une résorption. Toutes ces circonstances favorables, dis-je, au lieu de produire l'ophthalmie, l'ont en quelque sorte dissipée lorsqu'elle existait.

Nous sommes loin de récuser les faits indiqués par M. Magendie ; nous ne voulons ici qu'énoncer nos résultats, afin d'engager des expérimentateurs plus habiles à répéter les expériences du physiologiste parisien. Nous engageons ceux qui se livreront à ces sortes d'investigations, à s'assurer avant l'opération de l'état des conjonctives palpébrales des chiens, chose fort importante dans l'espèce, ce que ne paraît pas avoir fait M. Magendie. On conçoit qu'en semblables cas, on ne doit pas s'étonner de voir un écoulement purulent aux paupières, quand déjà antérieurement il y avait affection des conjonctives des paupières.

Quoi qu'il en soit, sans contester l'influence d'une alimentation stimulante, trop peu variée ou peu convenable sur les maux d'yeux, les expériences que nous venons de rapporter, l'observation et le raisonnement, nous autorisent à ne pas la considérer comme apte à produire par elle-même une ophthalmie granuleuse ou purulente ; nous croyons, ainsi que nous l'avons maintes fois dit, que celle ci a quelque chose de spécial, et que la cause déterminante première n'est pas plus connue aujourd'hui qu'il y a 25 ans. Toutefois, nous

croyons et tout nous engage à le croire, que l'ophthalmie est bien une altération du sang, altération qui a déjà été signalée par M. Fallot, et que nous avons également remarquée (1).

§ V. — De même que l'ophthalmie est endémique en Egypte, où la plupart des animaux en souffrent, tels que les chiens, les chats, les chevaux, les dromadaires (Clot-bey), les ânes et les bœufs (Savaresi); de même cette maladie est endémique dans notre Belgique, où elle existe également chez l'homme, chez les quadrupèdes et chez les oiseaux. Nous croyons que cette affection était également propre à d'autres pays de l'Europe avant 1800, par les mêmes raisons que celles que j'allègue pour la Belgique, et cette opinion se trouve appuyée de celle de Beer, qui dit que depuis temps immémorial, la blennophthalmie (Augenliderdrüsenentzündung) s'offre très-fréquemment dans les vallées montagneuses de la Corinthie, de la Styrie, de l'Illyrie et de Salzbourg, *mais principalement parmi les chrétiens de ces contrées* (2). C'est ce qui explique pourquoi la maladie a pu régner en mai 1792, ainsi qu'Assalini nous le rapporte, dans quelques bataillons des troupes du duc de Modène, qui furent envoyés à Reggio, pour y appaiser des troubles, et avant cette époque, à Padoue, où au rapport de Penada, elle existait dès 1786 dans le civil. . . .

Toutefois cette maladie ne paraît avoir régné en Belgique que sporadiquement, et l'ignorance complète dans laquelle on se trouvait à l'égard de cette maladie, dont aucun fait n'était signalé dans la science, en est la preuve la plus évidente. Il faut bien convenir ici, que ce n'est qu'après les désastres de Waterloo, qu'on a commencé à signaler le mal de manière à attirer l'attention, et nous croyons qu'alors il a y eu une autre influence qui est venue donner une extension extraordinaire à un fléau, jusqu'alors inconnu, tant il se montrait rarement. Cette influence est spécialement rapportée au séjour qu'ont fait dans notre pays les armées prussiennes et anglaises, toutes deux décimées par ce fléau.

M. *Kluyskens*, reconnaît à notre ophthalmie une origine Égyp-

(1) M. Fallot a remarqué que le sérum du sang tiré des veines de ceux qui étaient atteints de notre ophthalmie offrait une apparence de lactescence. Nous avons également fait cette observation, mais nous n'avons eu occasion de la faire que dans les cas décidément purulents et graves.

(2) Cette dernière assertion pourrait ôter de la valeur à l'opinion de Beer, d'autant plus que eet ophthalmologue paraît ne pas avoir bien connu l'ophthalmie purulente.

tienne. Nous lui revendiquons : 1° une origine endémique ; 2° une source gonorrhoïque ; 3° une origine dépendant de la propagation de l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés aux adultes ; 4° une origine italienne, et 5° enfin la principale de toutes, celle qui a elle seule rend raison de cette immense extension de l'ophthalmie, et qui à trait à sa communication à nos habitants par les Anglais et les Prussiens en 1815. Que s'il fallait maintenant appuyer ces assertions de faits péremptoires, nous dirions que la première origine vient d'être prouvée à satiété par nous, et nous rappellerions qu'il a été suffisamment démontré que les ophthalmies gonorrhoïque et des nouveaux-nés, qui ne sont nullement existantes d'hier, sont contagieuses, et que puisqu'elles le sont aujourd'hui, elles ont dû l'être avant 1815 (1). Nous dirons en faveur de l'origine italienne, que le 112e de ligne qui était en garnison à Florence y avait dès 1808 contracté l'ophthalmie, et que ce corps composé de tous Belges, qui plus tard firent partie de la nouvelle armée néerlandaise, ou retournèrent dans leurs foyers, eut en 1812 son dépôt à Bruxelles. — Nous espérons plus tard nous étendre sur ce dernier sujet, ainsi que sur l'importation par les troupes alliées lors de leur séjour en 1814. Ce point de l'histoire de l'ophthalmie pouvant nous étendre trop loin, nous nous contenterons de signaler ici le résultat de nos recherches, nous proposant dans un autre article de faire un historique de l'ophthalmie, où la filiation de ce fléau pourra être saisie, tant dans notre pays qu'en Angleterre, en Italie, en Russie, etc., etc.

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE

DES PREMIERS MOMENTS DE LA VISION CHEZ UN AVEUGLE-NÉ, GUÉRI A L'AGE DE 9 ANS 1/2;

Par le docteur GUÉPIN,

Professeur à l'école préparatoire de médecine de Nantes, fondateur du dispensaire ophthalmique de la même ville, etc.

Diverses causes produisent la cécité dès les premiers jours de la vie : chez quelques enfants, l'œil est volumineux, sortant de l'orbite

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, tom. I, Quelques considérations sur l'ophthalmie gonorrhoïque, par Decondé, pag. 341 et suiv., et le Mémoire encore inédit couronné par la Société des Sciences médicales de Bruxelles.

par suite d'une hydropisie que, jusqu'à ce jour, l'on n'a pas trouvé le moyen de guérir ; chez d'autres, des maladies inflammatoires très-graves ont amené la diminution du globe de l'œil, ou la perte de l'organe, ou la perte de transparence de la cornée ; il en est enfin chez qui la cécité est produite par des cataractes ; la plupart sont molles, mais la capsule du cristallin est aussi, elle, cataractée. Dans les premières années de la vie, l'opération présente de grandes chances ; il suffit alors de la déchirer, pour en obtenir la guérison ; mais à une époque plus avancée, les deux parois du cristallin et ses parties les plus épaisses ne forment plus qu'un tout avec la membrane cristalloïde, et celle-ci présente de nombreuses adhérences. De là, le précepte d'opérer les aveugles-nés aussitôt que possible.

Pierre Jubineau, le sujet de cette observation, présentait des cataractes de naissance, dont les adhérences étaient faciles à reconnaître ; la mobilité de ses yeux eût rendu toute opération impossible si nous n'avions songé à tailler dans chacune d'elles, à travers la cornée, un trou de la forme d'un V, au moyen d'un couteau à lame très-étroite.

Cet enfant dont nous allons nous occuper, est né à la Galonnière, commune de Couëron, près Nantes ; il a été élevé dans une habitation humide ; sa mère étant accouchée en plein champ, attribue la cécité de son fils à la lumière trop vive qu'il ressentit au moment de la naissance. Pierre Jubineau a la figure longue ; ses yeux sont très-enfoncés ; de sorte que des hommes peu experts en crâniologie lui accorderaient une supériorité d'intelligence qu'il ne possède pas ; ses membres sont grêles, sa constitution est lymphatique, mais jamais il n'a été malade.

Aveugle, Pierre Jubineau ne pouvait rien distinguer ; cependant il voyait quelque peu, mais comme on voit à travers de la porcelaine ou du verre opalin ; s'il ne pouvait compter les doigts qu'on lui présentait, s'il confondait les couleurs, s'il ne pouvait marcher devant lui qu'en étendant les mains, cependant il sentait très-bien la lumière d'une chandelle, celle que produisent deux cailloux, et surtout la lumière du soleil : dans les jours nébuleux, il a passé de longues heures étendu sur le dos sur une couchette de balle d'avoine, et frappant deux cailloux l'un contre l'autre ; la fatigue seule pouvait le distraire de cet amusement ; dans les beaux jours, il s'asseyait à sa porte, sur une pierre plate, et regardait le soleil, demandant parfois à sa mère dont il brisait le cœur, car elle est bien supérieure à sa condition, si

ceux qui ne sont pas aveugles voient dans le soleil d'autres choses que lui, et s'il devait être aveugle toute sa vie.

La mère de Pierre Jubineau a deux autres enfants, mais elle n'a pas remarqué qu'ils aient appris plus facilement à parler que le petit Pierre : sa figure ne présentait pas, dit-elle, au premier jour de la vie, l'aspect qu'elle a aujourd'hui ; ce n'est que peu à peu que le front est devenu aussi proéminent ; les oreilles, d'abord plates, se sont redressées et la conque a pris de la profondeur ; l'odorat et le gout n'ont acquis aucune délicatesse remarquable ; mais l'ouïe est devenue d'une finesse excessive. Pierre Jubineau est d'une prodigieuse subtilité à distinguer les bruits divers. Lorque l'on versait des liquides, il savait, au bruit, si c'était du lait, du bouillon ou toute autre chose ; de l'extrémité d'une chambre à l'autre, il entendait un enfant se baisser et prendre un de ses jouets. Il y a deux ans qu'il a commencé à apprendre à compter; cependant il sait à peine compter jusqu'à cent ; mais il est difficile de mieux retenir les noms propres et d'avoir pour les mots une mémoire plus heureuse que la sienne.

Lorsque l'on nous amena Pierre Jubineau pour la première fois, nous fûmes frappé de sa physionomie, et nous l'interrogeâmes longtemps ; mais l'enfant n'avait aucune idée des faits de la vision. Le jour de sa première opération arrivé, il se montra très-calme, plutôt par impossibilité que par énergie de caractère ; je le plaçai devant une fenêtre ; mais l'oscillation perpétuelle de ses yeux était effrayante ; plusieurs hommes spéciaux avaient déjà réfusé de l'opérer ; je venais de constater, avec le docteur Marcé, de fortes adhérences, et je sentis un instant mon courage fléchir. Il n'en est point des grandes et difficiles opérations de la chirurgie, comme des autres actes médicaux ; elles réclament une surexcitation générale ; il faut que les sens soient plus déliés, la main plus légère et plus alerte que dans l'état habituel ; il faut surtout que l'esprit soit libre de toute préoccupation, prêt à parer aux circonstances imprévues qui se présentent constamment. Je tenais mon instrument comme une plume à écrire, et bientôt j'éprouvait, Dieu merci, une réaction salutaire ; ma main, devenue ferme, plongea le couteau dans l'œil de l'enfant, et tailla dans la cataracte une incision en forme de V. Cette opération n'avait pas duré vingt secondes, que l'enfant poussait un cri, non de douleur, mais de surprise causée par la vivacité d'une impression tout-à-fait inconnue. Les volets furent fermés, l'enfant fut tourné du côté obscur de la

chambre, et je lui ouvris l'œil opéré; mais je le fermai aussitôt à cette vive exclamation : *je vois*, je n'ai pas de mal!

Une simple compresse d'eau fraîche fut mise sur l'œil opéré, et, trois jours plus tard, Pierre Jubineau, dont la plaie était cicatrisée, se trouvait assis dans une chambre peu éclairée, le dos tourné à la fenêtre. L'enfant voyait, mais il ne savait ni distinguer, ni regarder. Si on lui présentait un objet, il étendait la main pour le saisir. Plusieurs jeunes dames s'occupèrent avec moi de faire l'éducation du nouveau sens de Jubineau ; l'enfant aimait beaucoup l'argent, et chaque jour on lui donna quelques sous en récompense de ses efforts. Il y avait trois ou quatre jours qu'il avait les yeux ouverts, lorsque je le conduisis à un balçon dans le but de m'assurer de la force de sa vue et d'assister à ses premières sensations. L'enfant reconnut très-bien la différence des distances avec son nouvel organe ; mais ayant jeté les yeux à ses pieds, il craignit de tomber dans la rue et faillit avoir une faiblesse : le pauvre Pierre s'était imaginé que les barres du balcon étaient en bois, et il avait craint de les voir se briser sous son poids ; j'eus beaucoup de peine, lorsqu'il se trouva rassuré, à le ramener au balcon. Lorsqu'il eut bien reconnu que je lui avais dit la vérité, ce qui lui fut facile en touchant les barres du balcon, il se prêta de la meilleure grâce du monde aux expériences que je voulais faire ; je lui montrai alors de nouveau deux points différents, et il n'hésita pas à signaler leur distance respective ; je le fis descendre dans la cour de la maison, et ce fut pour lui une occasion de joies immenses. Jusqu'alors l'enfant s'était montré peu soucieux de la vue ; il n'avait témoigné le désir de bien voir que dans le but de se venger de quelques enfants et d'un vieillard encore plus enfant qu'eux, par lesquels il avait été tourmenté pendant sa cécité ; mais à peine eut-il vu une charette, un cheval et d'autres animaux domestiques, qu'il me pria de le reconduire près de sa mère : arrivé dans sa chambre, il lui sauta au cou et lui dit : « *Que je suis content de mes petits yeux de loup! je vois comme tout le monde! j'ai distingué tout ce qu'on m'a montré!* » Pendant huit jours, on s'occupa de lui faire ramasser des cartes jetées à terre, de lui faire nommer des objets, de le faire promener les mains dans les poches, afin qu'il ne pût s'en servir pour se diriger : parfois il montait et descendait de cette manière les escaliers; parfois aussi on le laissait errrer dans une cour, et c'était, parmi les habitants de la maison, à qui préviendrait ses demandes. On lui enseigna à reconnaître les couleurs ; le rouge et le bleu furent les deux premières qu'il distingua d'une manière convenable ; plus

tard, on voulut s'assurer s'il avait encore besoin du toucher pour corriger les erreurs de la vision, et on lui montra que souvent ce qu'il prenait pour du noir n'était autre chose que le creux des objets.

Le jour de la deuxième opération arrivé, plusieurs médecins voulurent y assister et nous eûmes pour témoins MM. les docteurs Lafon et Besnier; nous fûmes aussi heureux que la première fois. Cependant il y avait dans les yeux une suffusion blanchâtre qui nuisait à la vue et une grande dilatation de la pupille que nous combattîmes par des frictions excitantes sur le cuir chevelu. Une fois notre jeune aveugle en état de se servir de ses yeux, on lui présenta grand nombre de dessins, et l'on reconnut que son peu d'habitude les lui faisait voir comme des sculptures. Dans une de ses premières sorties, Pierre Jubineau fut conduit, par une de ses protectrices, chez un avoué de Nantes qui lui montra son portrait; mais l'enfant n'hésita pas à lui dire : *C'est vous qui êtes là !*

Pierre Jubineau est resté près d'un mois à Nantes après ces opérations, et sa vue a toujours été en augmentant, malgré l'inconvénient d'un strabisme très-prononcé. Aujourd'hui, il voit à compter, à une assez grande distance, des peupliers plantés au voisinage de sa demeure, et chaque jour il est plus joyeux d'avoir recouvré la vue. L'habitude qu'il avait de porter les mains en avant pour se conduire a duré long-temps après les opérations; dans le moment actuel, il les met dans ses poches dont il aime à retirer sans cesse divers jouets qu'il passerait volontiers sa vie à considérer. Il marchait autrefois en levant fortement les jambes dans la crainte de rencontrer des obstacles; aujourd'hui, bien que ses yeux lui permettent de les éviter, il ne marche autrement que sur la recommandation spéciale de sa mère; dans toute autre circonstance, l'habitude l'emporte, et il lève les pieds comme s'il avait à monter les marches d'un escalier. Je ne crois pas que la subtibilité de son ouïe ait diminué, mais je présume qu'elle diminuera. Je n'ai rien dit jusqu'à ce moment de la manière dont le toucher s'exerçait chez Jubineau; comme, pour lui, toucher c'était voir, on concevra sans peine que ce sens avait acquis une grande perfection; cependant ses mains étaient passablement rudes et n'offraient rien de cette délicatesse à laquelle on eût pu s'attendre.

Avant d'avoir recouvré la vue, notre enfant avait quelques idées aristocratiques et distinguait dans la société deux classes; l'une, d'oisifs aux mains blanches; l'autre, de gens laborieux aux mains calleuses : il a souvent fait fi de cette dernière dont il disait naïve-

ment : *on leur met quelque chose dans la main, et ils le voient à peine !* Car pour lui, nous l'avons déjà dit : toucher, c'était voir. L'acquisition de la vue n'a point modifié ses idées, et son plus vif désir serait de vivre à la ville, de ne rien faire, et d'avoir les mains aussi douces que les jeunes dames par lesquelles il m'a été présenté.

Nous voulions opérer le strabisme convergent de notre aveugle-né, mais il a grand peur du mal, et nous serons obligé d'attendre que son courage ait grandi avec les années.

4 Mai 1841.

DE QUELQUES EFFETS DE LA LUMIÈRE SUR L'ŒIL ;

Par le même.

Nous nous proposons de démontrer ultérieurement, par des faits, les propositions suivantes, que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation des médecins qui s'occupent habituellement ou occasionellement d'ophthalmologie.

1° L'image renversée d'une lumière qu'on approche de l'œil, image produite par la face postérieure du cristallin, est visible contrairement aux assertions de Sanson, de Velpeau et des élèves de ces éminents chirurgiens, dans un grand nombre d'yeux dont les cristallins sont déjà cataractés.

2° La réfraction différente de la lumière dans les cristallins des deux yeux doit toujours être prise en considération dans le diagnostic des cataractes.

3° En approchant une lumière d'un œil sain chez les enfants, cette lumière ne donne quelquefois qu'une seule image dans l'œil.

4° Un objet peut être perçu double ou multiple d'un seul œil, lorsque la cornée est altérée par une difformité, lorsque la cornée a été divisée par une cicatrice, lorsque la pupille est double ou multiple, lorsque le cristallin est d'un petit diamètre, qu'il a perdu de sa transparence et que la dilatation de la pupille permet de percevoir la lumière à sa périphérie ; lorsque des cataractes traumatiques ou autres n'altèrent que des portions du cristallin.

5° Nous attribuons à une compression interne la plupart des vues doubles ou multiples attribuées jusqu'à ce jour à des névroses.

6° Si après l'opération par extraction de la cataracte, le malade a

perçu les objets avec leur couleur réelle, les chances de l'opération peuvent être évaluées d'après les circonstances de l'opération.

7° Si après l'extraction, le malade a vu les objets dans un champ bleu et bordés de bleu, les chances de succès ne sont pas moindres.

8° Si après l'extraction, le malade a vu les objets rougeâtres et placés dans un champ rouge, il y a peu de chances de succès avec quelque habilité que l'opération ait été pratiquée.

9° Quelques amaurotiques qui ne voient pas la lumière peuvent éprouver sous l'influence des rayons rouges des sensations pénibles.

10° Des amaurotiques peuvent encore éprouver cette sensation dans quelques cas rares par la partie du front située sur le sinus, l'œil étant couvert, mais sa sensibilité se trouvant fort exaltée.

11° La perception d'une auréole lumineuse correspond habituellement soit à une affection de la cornée soit à une suffusion de liquide blanchâtre au dedans de l'œil, soit à l'existence sur la cornée d'une lame de liquide contenant en suspension quelques parties de sécrétion épaisse des glandes de Méibomius délayée par les larmes.

12° Le même symptôme avec obscurité au centre correspond généralement à une affection de cristallin ou de l'humeur vitrée.

13° L'auréole lumineuse avec franges colorées ne correspond pas seulement au glaucôme; elle peut exister dans d'autres circonstances qui n'ont pas été suffisamment appréciées.

14° Les verres de montre dépolis expliquent très-bien la vision des yeux tachés par des albugos ou des leucomas.

15° Les sécrétions morbides de la membrane cristalloïde déchirée soit par un coup de bâton, soit par un coup de fouet, etc., peuvent produire des taches à la partie postérieure de la cornée. Le séjour du cristallin ou d'un corps étranger dans la chambre antérieure peut aussi produire le même résultat.

16° Les nuages et filaments mobiles, appartiennent à l'humeur de Morgagni et peuvent se présenter sur plusieurs plans. La forme du cristallin explique leurs mouvements et de plus son aplatissement entraine souvent l'adhérence des parties qui les produisent et par suite la cataracte.

17° La photophobie est due généralement aux ulcérations de la cornée et aux affections de l'iris; on remarque une photophobie de nuit et spéciale dans le début de quelques cataractes.

18° L'absence congéniale de l'iris ou son état rudimentaire peut

exister sans que la vision soit altérée même au grand soleil ce qui est en opposition complète avec notre physiologie.

Nantes, 25 avril 1841.

OBSERVATIONS OPHTHALMOLOGIQUES;

Par M. le docteur PAMARD,

Chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Académie royale de médecine de Paris, etc., à Avignon.

Il s'est présenté à mon observation deux faits de médecine oculistique que je crois dignes de fixer l'attention de tout médecin qui s'occupe de l'étude des maladies des yeux.

L'un est unique dans la science; je n'en connais pas du moins d'analogue dans aucun des nombreux ouvrages d'ophtalmologie, soit Français, soit Anglais, Allemands ou Italiens que j'ai lus.

Je vais d'abord tracer d'une manière sommaire la première observation, et je m'occuperai ensuite de quelques considérations, qui doivent nécessairement l'accompagner :

Obs. I. — Nicolas Binson, du Paradoux, près Maussane, canton de St-Remy, (Bouches du Rhône), berger, âgé de 28 ans, jouissant d'une bonne santé, n'ayant jamais eu mal aux yeux, battait le briquet dans le mois de janvier 1838, lorsque tout-à-coup, il sentit qu'un corps étranger pénétrait dans son œil. Cet accident fut suivi d'une ophthalmie peu intense, qui dura huit jours, il y eut trouble dans la vision; le traitement fut nul, les accidents inflammatoires se dissipèrent peu à peu, mais la vue ne revint pas dans son état normal.

Dès le lendemain de l'accident, en examinant dans un miroir l'œil affecté, le malade crût y voir un poil, qu'il chercha vainement à enlever par des lotions répétées; trois jours après il fit appeler M. Fréchier, officier de santé à Maussane, qui ne s'aperçut pas de l'existence d'un poil. Quelque temps après en examinant avec soin le malade, ce praticien crut découvrir un cil, qui lui parut être logé entre les lames de la cornée.

Plus tard, M. le docteur Quenin de Font-Vieille, le docteur Ferrier d'Arles, le docteur Rager, de Tarrascon, virent le malade et reconnurent l'existence d'un poil, situé dans l'œil, sans qu'ils pus-

sant préciser s'il était entre les lames de la cornée, ou dans la chambre antérieure.

Le malade ne vint me consulter, que le 21 mars 1839, quatorze mois après l'accident; l'œil ne présentait pas la plus légère trace d'irritation, les membranes et les humeurs étaient dans leur état normal, on voyait distinctement à la partie inférieure de la chambre antérieure, un corps sphérique, du volume et de la forme d'un pois, dont le segment supérieur atteignait la pupille et empiétait sur elle lorsqu'elle était dilatée; au quel était attaché un poil qui se dirigeait obliquement en haut et en dedans, et traversait la pupille. L'iris se contractait, mais avec moins de facilité que dans l'autre œil, la vue était incertaine et les objets paraissaient au malade comme coupés par une large ligne noire; il n'y avait pas de trace de cicatrice à la cornée.

Le 22 mars, je fis l'extraction de ce corps à l'aide de l'opération suivante : le malade était couché, l'œil maintenu ouvert, par M. Gauthier mon élève, je fixai l'œil à l'aide de la pique de Pamard, mon grand'père, et j'incisai la cornée avec un couteau de Wenzel, exactement comme je le fais pour l'opération de la cataracte (1).

L'incision étant pratiquée, je saisis le corps anormal, avec des pinces très-fines terminées par des mors à curettes, et je cherchai à l'entraîner hors de la chambre antérieure; mais au moment où je voulais l'extraire, je m'aperçus, qu'il adhérait assez fortement à l'iris, car cette membrane suivait le mouvement que j'imprimais à ce corps; si j'avais persisté, j'aurais infailliblement enlevé l'iris, et la vue aurait été perdue. Je saisis alors des ciseaux de Daviel, courbes sur leur plat, et j'incisai la partie adhérente, le plus près possible du corps étranger; dès lors aucun obstacle ne s'opposant plus à sa sortie de l'œil, il fut entraîné par les pinces.

L'opération étant terminée, je traitai mon malade comme après l'extraction de la cataracte, c'est-à-dire que je couvris l'œil avec un cindon, un plumasseau et une compresse imbibés d'eau froide pendant huit jours; après ce temps je me contentai de l'application d'un léger bandeau.

Il ne survint aucun accident, la cicatrice marcha avec rapidité; seulement à la partie inférieure de l'incision, dans le point où adhérait le corps que j'avais extrait, il se forma une petite hernie de

(1) Voyez mon mémoire : De la cataracte et de son extraction par un procédé particulier. Paris, in-4°. 1825.

l'iris, du volume d'une graine de chenevis. Je touchai quatre fois, avec un crayon de nitrate d'argent ; ce petit staphylôme disparut bientôt à l'aide de ce traitement et la cicatrisation s'opéra promptement.

Le 22 avril, le malade retourna dans son pays, ayant recouvré une vue parfaite et ne conservant d'autre trace de son opération, qu'une cicatrice linéaire à la partie inférieure de la cornée. J'ai eu depuis lors plusieurs fois des nouvelles du malade, et la guérison ne s'est pas démentie.

J'ai cru devoir renvoyer après le narré de l'opération et de ses suites la description du corps extrait de la chambre antérieure de l'œil : ce corps de forme sphérique, du volume d'un pois, d'une couleur blanc nacré, de consistance molle mais pourtant assez résistante, avait l'apparence du tissu fibreux uni par du tissu cellulaire, il présentait dans le point où il adhérait à l'iris, une tâche noire. Il était traversé par un poil qui y adhérait fortement et faisait saillie au dehors de cinq ou six lignes, et qui par ses dimensions, sa forme et sa couleur, avait l'aspect d'un cil du malade.

Je le plaçai immédiatement dans l'alcool, avec l'aide de M. Martin pharmacien de cette ville, qui avait assisté à l'opération, et je l'ai adressé au Musée-Dupuytren où il est déposé, afin que chaque praticien qui voudra l'observer puisse se le faire représenter.

Maintenant, nous avons à nous occuper de la nature du corps extrait, et surtout de la présence du poil qui y était implanté, et qui rend cette observation digne de quelqu'attention.

Il me semble que deux hypothèses peuvent seulement être admises sur l'existence de ce corps ; dans l'une, un fragment du silex se serait brisé sous l'action du briquet, aurait perforé la cornée transparente, et aurait en passant entraîné avec lui un cil, qui aurait pénétré dans la chambe antérieure. La présence du fragment de silex et du cil dans la chambre antérieure, aurait donné lieu à une exsudation pseudo-membraneuse, qui aurait plus tard formé le corps étranger dont nous nous occupons, et qui se serait développé peu à peu, comme on peut le voir dans sa lettre de M. Fréchier. On verra par cette lettre que ce praticien qui a le premier vu le malade partage cette opinion, et qu'il ne s'était pas aperçu de la présence du cil lorsqu'il fut consulté après l'accident, que plus lorsqu'il en reconnut l'existence, il le crut logé entre les lames de la cornée, ce qui est une erreur très-pardonnable de la part d'un médecin qui n'a pas l'occasion d'observer un grand nombre de maladies des yeux, quoiqu'il

possède pourtant une solide instruction. On ne saurait se dissimuler qu'il se présente plusieurs raisons, qui s'opposent à l'admission de cette opinion, premièrement on n'observait point de trace de cicatrice à la cornée transparente, à moins que la présence du corps opaque et blanc situé derrière elle, ne s'opposât à ce qu'on pût en reconnaître l'existence. Secondement peut-on admettre qu'il ait existé une perforation complète de la cornée, qu'il se soit introduit par cette ouverture un fragment de silex et un cil, sans que de tels accidents aient donné lieu à une violente inflammation, et même à la perte de l'œil ? On pourrait répondre à cela qu'il y a des idiosyncrasies si singulières, qu'on voit quelquefois les accidents les plus graves, n'être suivis d'aucune réaction inflammatoire, tandis que chez d'autres sujets, la cause la plus légère détermine une ophthalmie qui entraîne la perte de l'organe.

Dans la seconde hypothèse, il se serait développé dans la chambre antérieure, un corps étranger de nature analogue à celle des kystes pileux, qu'on a observés dans diverses parties du corps, et on ne se serait aperçu de son existence que lorsque le corps aurait acquis assez de développement pour gêner la vision ; l'accident déterminé par le fragment de silex qui aurait frappé l'œil, ne serait pour rien dans la cause du mal ; il ne serait arrivé là que pour rendre le diagnostic encore plus difficile, ce qui militerait en faveur de cette opinion, ce serait ce que dit M. Fréchier, qui avoue n'avoir découvert la présence du cil que deux mois après l'accident ; d'un autre côté, il dit qu'il avait observé légèrement l'œil, et le malade m'a affirmé qu'il avait lui même vu le cil le lendemain de l'accident, en examinant son œil dans une glace, ce qui ne prouverait pourtant pas qu'il y eût été introduit la veille.

D'un autre côté, comment s'expliquer le développement de ce corps étranger, armé d'un poil parfaitement semblable aux cils du malade, et dont il n'a eu connaissance que le lendemain de l'accident ?

J'avouerai franchement l'impossibilité où je me trouve de donner une solution positive du problème qui se présente, et je trouve que dans une pareille occurence, il est du devoir de tout médecin, de recourir à la voie d'un recueil tel que les *Annales d'oculistique*, qui sont lues par tous les hommes qui font une étude spéciale des maladies des yeux, afin de les engager à réfléchir sur la nature de la maladie. J'espère qu'ils parviendront à élucider complètement la question d'étiologie que j'ai cru prudent de laisser en suspens (1).

(1) Voir la note ci-après, page 62. (*La Réd.*)

Copie de la lettre de M. Fréchier, *officier de santé à Maussane, adressée à M. le docteur* Pamard.

« Monsieur et bien honoré confrère, j'ai l'honneur de vous adresser, pour le confier à vos soins, un malade qui vous offrira, je n'en doute pas, un cas pathologiqne bien singulier :

« Je crois, Monsieur, devoir vous donner en même temps quelques détails sur la cause, les symptômes primitifs, qui ont caractérisé cette affection, et la marche qu'elle a suivie jusqu'à présent.

« Il y a environ dix mois, le jeune homme qui va réclamer vos soins, tirant du feu d'une pierre à fusil, le choc du briquet contre cette pierre en détacha une parcelle qui vint frapper la cornée transparente; une très-légère inflammation de l'œil survint, et céda vite à quelques lotions émollientes. J'avais perdu le malade de vue, lorsque, deux mois environ après l'accident, je le vis revenir, se plaignant d'éprouver un léger trouble dans la vision; au premier abord, je ne pouvais guère me rendre raison de ce phénomène, car le globe oculaire était sans inflammation, et sa diaphanéité me paraissait intacte, mais en l'examinant de plus près, je ne fus pas peu surpris de voir un cil implanté entre les lames de la cornée et comme couché de bas en haut et dans toute son étendue, au devant de ce corps transparent; ma pensée fut alors que le fragment de pierre à feu, qui, deux mois auparavant, était venu frapper la cornée, avait dû probablement couper ce cil sur son passage ; mais ce cil que je n'avais pas aperçu d'abord, peut-être faute d'attention suffisante, de quelle manière s'était-il insinué entre les lames de cette membrane ? C'est ce que je ne pus m'expliquer. Quelques jours après, ayant de nouveau vu le malade, je découvris vis-à-vis le bord inférieur de la cornée, et tout à fait à une des extrémités du cil, un point mat et d'un blanc sale, d'un très-petit volume; ce point dont la nature me parut douteuse, mais que je m'arrêtai pourtant à regarder comme le commencement d'un abcès inter-lamelleux, n'a cessé depuis lors de faire des progrès continuels, quoique extrêmement lents; son point de départ a été, comme je l'ai dit, au bord inférieur de la cornée, ses progrès se sont toujours faits en remontant vers le bord pupillaire. Il est à remarquer que depuis le temps que dure cette maladie, il n'y a jamais eu inflammation apparente, si ce n'est les deux ou trois premiers jours qui suivirent l'accident.

« Voilà, Monsieur, les notions que j'ai cru qu'il était indispensable de vous donner sur les antécédents de cette affection si remarquable, si vous voulez bien consentir à vous en occuper.

« D'autres médecins plus expérimentés que moi ont été consultés, mais comme moi ils n'ont rien osé tenter, c'est alors que voyant que la maladie ne cessait de faire des progrès j'ai conseillé au malade d'aller se mettre entre vos mains, tout en lui donnant l'espoir que vous le débarrasseriez de sa maladie; la confiance que vous m'inspirez et que vous méritez si bien, m'autorisant pleinement à lui faire une pareille promesse.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de la haute considération de votre dévoué serviteur,

« Maussane, 18 mars 1839. *Signé*, Fréchier. »

L'autre observation que j'ai à faire connaître, sans présenter un intérêt aussi grand, ne laisse pas que d'offrir quelque chose d'assez remarquable.

Obs. II. — Le nommé Combe Augustin, âgé de 21 ans, né à St.-Afrique (département de l'Aveyron), employé à Avignon dans la fonderie de M. Pere, était occupé à couler du plomb dans des poids en fonte, pour leur donner une pesanteur uniforme. Un de ces poids était sans doute humide, car au moment où il y coulait du plomb, le métal en fusion jaillit et atteignit l'œil droit qui fut immédiatement fermé, et que lemalade ne put plus ouvrir. Il fut envoyé à l'hôpital, le 22 novembre 1838.

Le lendemain matin à ma visite, je vis Combe qui n'accusait pas de douleurs dans son œil, il ne pouvait pourtant pas l'ouvrir, car les cils de la paupière supérieure étaient réunis à ceux de la paupière inférieure par du plomb coagulé, qui formait une soudure dans laquelle étaient enfermés les cils. Du reste les bords palpébraux n'étaient ni tuméfiés, ni rouges, ni douloureux, et ne présentaient aucune trace de brûlure.

L'indication à remplir n'était pas douteuse; il fallait enlever le plomb, qui par sa présence irriterait nécessairement les paupières, et s'opposait à l'écartement des bords palpébraux, et par conséquent à l'examen du globe de l'œil qui pouvait offrir des accidents auxquels il serait important de remédier.

Nous fîmes donc immédiatement cette opération.

L'œil était hermétiquement fermé, lorsque le malade cherchait à l'ouvrir il sentait une puissance insurmontable qui s'y opposait. Nous fîmes la section des cils avec des ciseaux bien acérés, le plus près possible de leur racine, nous enlevâmes une bande mince et étroite de plomb, dans laquelle étaient enfermés les cils.

Le malade ouvrit de suite son œil sans peine et à notre grand étonnement, la conjonctive oculaire n'était pas même rouge; l'œil avait son aspect normal; la vue était aussi bonne qu'avant l'accident; les bords palpébraux ne présentaient pas la plus légère excoriation.

L'opéré voulait sortir immédiatement, mais nous l'engageâmes à attendre le lendemain pour l'observer plus longtemps, et pour voir s'il ne surviendrait aucun accident; mais à notre visite le lendemain, l'œil ne présentait pas la plus légère altération, il n'offrait d'autre différence avec l'autre œil que l'absence des cils qui étaient coupés

près de leur racine. Combe voulut absolument sortir et il fut reprendre ses travaux.

Nous avons eu depuis lors l'occasion de le voir, il n'est survenu aucune altération dans les yeux ; les cils sont revenus et le malade ne conserve aucune trace de l'accident.

Comment s'expliquer la projection d'un métal en fusion sur les bords palpébraux, son refroidissement sur la partie, sans qu'il y ait eu brûlure profonde des paupières, inflammation intense du globe de l'œil? pourtant il n'en était rien, il n'y avait pas la plus légère phlyctène ; j'avoue qu'il n'est pas facile de donner une explication satisfaisante à ce problême.

En y réfléchissant bien, le seul moyen de l'expliquer semblerait être celui ci : L'ouvrier échauffé par le travail et par la chaleur des fourneaux, devait avoir la peau couverte de sueur et au moment où le métal est arrivé, l'œil était heureusement fermé ; le plomb s'est arrêté sur les cils qui devaient être secs, tandis qu'il a été repoussé de la peau par l'humidité dont elle était couverte, de plus la sueur en se vaporissant, aura absorbé le calorique du métal, et se sera opposé à l'altération des téguments et des parties voisines.

Je donne cette explication comme celle qui me paraît la plus probable sans y attacher plus de prix qu'à une hypothèse, et je suis prêt à adopter celle qui offrirait plus de vraisemblance, si, parmi mes confrères, il en est qui veuillent se donner la peine d'en chercher.

Pour moi j'ai rempli ma tâche, en ne laissant pas tomber dans l'oubli deux faits vraiment extraordinaires, et en appelant sur eux la méditation des savants.

NOTE SUR LES POILS DÉVELOPPÉS DANS L'INTÉRIEUR DU GLOBE OCULAIRE.

L'observation I, rapportée ci-dessus par M. Pamard, peut être rapprochée de celle qui a été consignée par M. le docteur Ruete de Gottingue, dans le cahier de janvier et février de 1838, du journal de M. d'Ammon (*Monatsschrift für Med. Chir. und Augenh.* vol. II, p. 81). « Sur la cornée, d'ailleurs complètement saine, il existait une cicatrice très-fine, à peine visible ; la chambre antérieure avait sa grandeur naturelle et était remplie d'un liquide aqueux, transpa-

rent ; l'iris ne paraissait pas changé dans sa texture. Le bord pupillaire était adhérent dans presque toute son étendue avec la capsule cristalloïdienne, obscurcie et paraissant avoir quelques déchirures. La pupille était tout-à-fait immobile. On remarquait en outre sur la capsule quatre endroits noirâtres qui étaient évidemment dus à une sécrétion vicieuse de pigment.

« Derrière la pupille se voyaient quatre poils de longueur différente, et implantés sur la surface antérieure de la capsule ; un cinquième poil perforait l'iris à gauche de la pupille, et pénétrait dans la chambre antérieure. »

Plusieurs médecins ont vu ce malade et ont reconnu l'existence des poils. La vue était perdue du côté où ils se voyaient ; l'autre œil était resté sain. En questionnant son malade sur l'étiologie de cette curieuse affection, M. Ruete a appris que ses yeux avaient toujours été sains jusqu'en 1834 ; mais qu'à cette époque, une parcelle de fer blanc rougie au feu était sautée dans l'œil, qui devint dès-lors le siége de violentes douleurs qui ne cessèrent qu'avec la perte totale de la vue de ce côté.

M. Ruete a vu le malade une année après le début de cette affection ; dix-huit mois plus tard il a eu occasion d'examiner de nouveau l'œil, et il le trouva exactement dans le même état ; les poils n'avaient que très-peu grandi.

Pendant mon séjour à Namur, en 1839, M. De Bachy, médecin de bataillon au 2e régiment de chasseurs à cheval, m'a adressé une fille qui avait perdu la vue à la suite d'un coup reçu sur la région frontale. A gauche, le globe était déformé, la cornée avait disparu. — A droite la cornée était restée saine ; le globe avait conservé sa forme et son volume naturels; la chambre antérieure était plus volumineuse, l'iris balottant ; derrière la pupille, qui était tirée de haut en bas et de dedans en dehors, apparaissait un corps en tout semblable à la capsule, ouverte en son milieu et vide de son cristallin. De l'ouverture de ce corps sortaient six poils, s'éloignant à leur sortie, et se contournant sur eux mêmes pour se réunir en couronne dans le centre pupillaire.

Cette fille, qu'ont vue chez moi MM. les docteurs Misson, Hebbelinck, Schoenfeld, etc., avait commencé par souffrir de l'œil droit, où la violence exercée avait occasionné la chûte du cristallin et sans doute une déchirure de la rétine. La vue avait été instantanément perdue de ce côté.

Ce n'est que six mois plus tard que l'autre œil était devenu malade,

d'une ophthalmie qui, d'après les renseignements fournis par la malade, a été de nature arthritique et s'est terminée par la perte de la faculté visuelle.

FLORENT CUNIER.

NOTE SUR LA GRIPPE ET LES GRANULATIONS CONJONCTIVALES;

Par M. le docteur DECONDÉ, médecin de régiment.

Dans un article de M. Pétrequin, *sur l'influence de la grippe de 1837, sur l'ophthalmie en France et en Italie*, inséré dans les *Annales* du 30 mars dernier, et publié à l'occasion d'un article émanant de moi, j'ai pu constater plusieurs assertions dignes d'être notées; je les résume ici.

1° Quoique l'*ophthalmie granuleuse* ne règne pas épidémiquement en France, elle y est plus commune qu'on ne le pense, et si les auteurs nationaux n'en parlent pas, c'est sans doute parce qu'une attention insuffisante a été apportée dans l'examen de cette lésion. (pag. 24, dernier alinéa).

Cette remarque de M. Pétrequin est en tout conforme à mes recherches, et confirme pleinement les observations que j'ai faites dans mon travail inséré dans le n° du 30 février dernier.

2° L'origine a paru en résider, pour M. Pétrequin, dans la blépharite chronique, dans l'ophthalmie catarrhale, purulente ou blennorrhagique, etc.

Cette assertion démontre que la nature et l'étiologie de la granulation ne sont pas également appréciées en France et en Belgique. Dans ce dernier pays, on en distingue aujourd'hui de deux sortes, les unes vésiculeuses, occupant les portions des conjonctives palpébrales rétro-tarsiennes, les autres charnues, souvent dûres, saignantes et d'une résistance extrême à tout traitement, n'occupent que les portions des conjonctives tapissant les tarses; les premières sont considérées comme inhérentes à notre ophthalmie et aux blennorrhées des paupières, comme en constituant le caractère anatomique, et ne pouvant naître spontanément, c'est-à-dire sans qu'il y ait des rapports entre un individu sain et un individu infecté; les autres, d'après les médecins belges pourraient naître à la suite de toutes les irritations des bords palpébraux. Des faits nombreux viennent tous les jours confirmer la justesse de cette distinction. M. Pétrequin pourrait d'après

cela venir puissamment en aide aux médecins belges, en disant quelques mots des ophthalmies granuleuses et purulentes de sa localité, surtout s'il voulait tenir compte de nos distinctions ; l'ancienneté de cette affection dans son pays, si elle pouvait être reconnue, pourrait établir un lien de parenté de plus entre l'ophthalmie granuleuse de son pays et la nôtre. La position de M. Pétrequin, sa sagacité bien connue, jointes à son haut talent d'observation, seraient pour nous de sûrs garants de l'importance de ses remarques. Si j'avais connu quelque peu M. Pétrequin, je lui eusse depuis longtemps déjà fait un appel à ce sujet d'autant plus important pour les médecins français, que l'ophthalmie est aux portes de la France, et qu'elle ne tardera pas à y pénétrer.

3° Enfin, M. Pétrequin est surpris qu'en refutant des assertions émises sur l'influence de la grippe sur notre ophthalmie, j'aie compris son nom parmi les fauteurs de cette opinion, et cela quand le sujet dont j'ai parlé ne formait pas l'objet capital de ses recherches. Il proteste *que jamais ce n'a été sa croyance que notre ophthalmie pouvait en naître de toutes pièces.*

Je dois avouer en effet que le nom de M. Pétrequin, dans un mémoire sur notre ophthalmie, se trouve comme en pays perdu ; mais ce médecin qui a publié sur la grippe un travail qui a été beaucoup goutté, ayant énoncé d'une manière fort nette que la grippe avait donné lieu à des granulations, j'ai cru devoir relever cette assertion, qui ne me paraissait pas être la conséquence d'une observation rigoureuse ; si cependant j'avais reflèchi davantage, j'eusse pu ne pas la mentionner, car la nature de la granulation n'ayant pas été spécifiée, la remarque de M. Pétrequin non seulement perdait de son importance, mais restait même sans valeur.

J'espère que M. Pétrequin ne verra dans ce qui a été écrit par moi sur l'ophthalmie et où son nom a pu se trouver mentionné, que des travaux tendant à éclaircir une question obscure, difficile par elle même, et en outre embrouillée par une foule de faits dont l'observation a été incomplète, les circonstances mal observées ou faussées pour les faire plier à des théories régnantes. J'ai du relever son assertion, comme je l'eusse relevée si elle eût appartenu à tout autre, toujours en faisant abstraction des personnes quelles que fussent la hauteur de leur position, et l'importance de leurs travaux. DECONDÉ, D. M.

Liége, 15 juin 1841.

TRAITEMENT CHIRURGICAL SUR LA MYOPIE.

Nous avons fait connaître dans une de nos dernières livraisons (avril, p. 31) les recherches de M. Jules Guérin sur le traitement chirurgical de la myopie. Il nous reste maintenant à mettre sous les yeux de nos lecteurs, une lettre adressée à l'Académie des Sciences de Paris, par M. Bonnet, de Lyon, sur l'action du petit oblique dans la myopie, et sur la division de ce muscle comme méthode curative de cette maladie. Voici cette lettre :

« J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des Sciences, le 18 février 1841, une lettre cachetée dans laquelle je cherchais à démontrer que la myopie peut être la conséquence d'une compression exercée autour de l'œil, que les deux muscles obliques sont les agents principaux de cette compression, et que pour la faire cesser, il faut couper ces muscles dans un point quelconque de leur longueur. Je montrais qu'après avoir choisi l'insertion antérieure du muscle petit oblique, comme le point sur lequel il était facile d'interrompre la corde à laquelle j'attribuais la compression de l'œil, j'avais pratiqué la section de ce muscle, le 14 février, sur un jeune homme affecté d'une myopie amaurotique, et que l'amélioration immédiate de la vue avait démontré la justesse des données scientifiques qui m'avaient servi de point de départ. Cependant bien que deux opérations pratiquées sur trois malades affectés de myopie sans aucune complication m'eussent donné les résultats les plus satisfaisants, j'attendais de nouvelles observations pour livrer à la publicité les recherches dont je prenais date dans ma lettre du 18 février, lorsque jai eu connaissance de la note adressée à l'Académie, le 15 mars, par M. Jules Guérin et dans laquelle cet auteur fait connaître une opération pratiquée dans le but de guérir la myopie sans strabisme, et qui consiste dans la section des muscles droits internes et externes de l'œil. Bien qu'ils ne puisse s'élever aucune question de priorité entre nous, puisque les opérations auxquelles nous avons eu recours sont aussi différentes que les idées scientifiques dont elles sont la conséquence, je ne crois pas devoir différer plus longtemps la publication de mes recherches sur les causes de la myopie et sur l'opération entièrement nouvelle que j'ai imaginée, pour la guérir.

« L'idée de m'occuper du traitement de cette maladie m'a été suggérée par la proposition qu'a faite M. Phillips, de couper le grand oblique pour guérir la myopie, et par l'observation que j'ai souvent vérifiée et qui a été faite par tous ceux qui ont opéré un grand nombre de strabismes, savoir : que la myopie, lorsqu'elle accompagne la déviation de l'œil, guérit par la section des muscles rétractés. Ce

changement, que l'état actuel de la science ne permettait pas de prévoir, me conduisit à reconnaître l'influence de la contraction musculaire sur la production de la myopie, et à chercher le rapport qui existait entre l'une et l'autre. Après avoir passé par une série d'idées qu'il serait trop long d'exposer ici, et dans lesquelles je me guidais surtout par les recherches généralement connues sur l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés, je pensai que la condition dans laquelle cet organe est propre à percevoir ces objets, est celle où son diamètre antéro-postérieur est augmenté sous l'influence d'une compression circulaire, celle en un mot où il se place dans les conditions d'une lunette de spectacle, dont l'objectif et l'oculaire ont été éloignés et avec laquelle on ne peut distinguer que les corps placés à une faible distance. L'expérience suivante vient confirmer les raisons théoriques sur lesquelles ces opinions étaient fondées.

« Je pris un œil de lapin albinos, et après l'avoir dépouillé de toutes les parties molles qui l'entouraient, je dirigeai sa cornée vers une fenêtre éloignée. Regardant alors à travers son épaisseur, je vis la fenêtre se peindre sur le fond de l'œil parfaitement nette et renversée, ainsi que l'a constaté M. Magendie, à qui j'ai emprunté l'idée de me servir d'yeux de lapins albinos pour étudier l'action de l'œil sur la lumière. Cependant, si je serrais l'œil tenu entre les doigts, l'image nette auparavant devenait immédiatement confuse, et comme recouverte d'un brouillard; elle reprenait sa netteté dès que je cessais la compression, et cette alternative de perception nette et confuse put être produite à volonté par des alternatives de relâchement et de compression. Après avoir regardé à travers l'œil de lapin albinos des objets éloignés, je cherchai à voir à travers son épaisseur la flamme d'une bougie, placée à une distance de quelques centimètres. La compression exercée sur lui n'empêcha pas alors la netteté de l'image; il me parut même qu'elle l'augmentait de telle sorte que la compression circulaire du globe de l'œil reproduisait avec assez de précision les phénomènes de la myopie, savoir : la vision confuse des objets éloignés et la vision distincte des objets rapprochés.

« Confirmé par cette expérience dans l'idée qu'une compression exercée autour de l'œil plaçait cet organe dans les conditions où il s'adapte seulement à la vision des objets rapprochés, je cherchai quels étaient les muscles qui pouvaient produire cet effet, et je demeurai convaincu que ce devait être surtout les deux muscles obliques. Ces deux muscles vont à la rencontre l'un de l'autre et réunis à la portion de sclérotique qui est placée entre leurs deux extrémités, ils forment une anse musculaire et aponévrotique qui entoure la moitié de l'œil. Ils ne peuvent se contracter simultanément sans comprimer cet organe, en même temps qu'ils le tirent en dedans et en avant. Je m'assurai de

la possibilité de cette compression, en mettant à découvert sur le cadavre les deux extrémités de ces muscles et en observant la manière dont ils agissaient sur l'œil lorsqu'on exerçait des tractions sur leurs fibres musculaires.

« Conduit par cet ensemble de raisons à penser que la myopie pouvait être la conséquence d'une compression exercée sur l'œil par les muscles obliques, je songeai à faire cesser cette compression en coupant ces muscles dans une partie quelconque de leur longueur ; quelle que fût cette partie, la constriction devait être détruite. Je choisis l'insertion antérieure du muscle petit oblique, qui n'est entouré d'aucun nerf et d'aucune artère et que l'on peut diviser si facilement par la méthode sous-cutanée. Il suffit, pour opérer cette section, de faire une piqûre à la partie moyenne de la paupière inférieure. A travers cette piqûre, on introduit un ténotome mousse dont on dirige l'extrémité en arrière et en dedans avec la précaution de lui faire suivre la paroi inférieure de l'orbite ; lorsqu'il est arrivé à 3 centimètres de profondeur, on le ramène en avant jusqu'à ce qu'on le sente au-dessous de la peau ; il accroche nécessairement alors l'insertion du muscle petit oblique et la divise complétement, surtout si l'on a soin de diriger son tranchant en bas et au-devant du maxillaire supérieur.

« Après avoir étudié ce procédé sur le cadavre et m'être assuré de son innocuité par des expériences sur les animaux vivants, bien convaincu de la justesse des connaissances physiques et anatomiques sur lesquelles je venais fonder l'opération de la myopie, je pratiquai pour la première fois cette section, le 14 février 1841. Dans cette opération, comme dans toutes celles du même genre que j'ai faites depuis, j'ai reconnu que la section du muscle petit oblique n'est suivie d'aucune espèce d'accidents. Au moment où l'on retire le ténotome, il s'écoule à travers la piqûre une certaine quantité de sang, et celui-ci s'infiltre dans le tissu cellulaire des paupières ; le gonflement qui résulte de cette infiltration se dissipe au bout de 24 ou 48 heures ; mais ce n'est qu'après une ou deux semaines que la teinte bleuâtre que produit l'ecchymose est entièrement dissipée. L'œil reste complétement étranger aux phénomènes qui se passent autour de lui et tout au plus la conjonctive devient-elle un peu ecchymosée vers le troisième et le quatrième jour, lorsque l'épanchement sanguin s'étend en se résorbant.

« Quant aux résultats curatifs, ils ont varié, comme on le présume aisément, suivant les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Je cherchais avant tout des myopies contractées par l'application des yeux à la vision des objets rapprochés ; car c'était à cette espèce de myopie que me paraissait surtout devoir s'appliquer l'idée que cette maladie dépendait d'une rétraction des obliques qui d'abord inter-

mittente pour adapter l'œil à la vision des objets rapprochés, avait fini par devenir continue; je n'ai trouvé encore qu'une seule occasion d'appliquer ma méthode dans ce cas, et cette occasion m'a été fournie par un étudiant en médecine, M. Louis Rieux, âgé de 22 ans, myope depuis l'âge de 14 ans, auquel j'ai pratiqué la section des deux muscles petits obliques. Le changement a été immédiat. Aussitôt après l'opération, le malade qui, avec ses deux yeux, ne pouvait lire qu'à une distance de 15 centimètres, a pu lire à la distance de 27 centimètres et le lendemain à celle de 40. Tandis qu'il ne pouvait reconnaître les personnes avant l'opération sans avoir des lunettes (il portait habituellement celles du n° 6, et il pouvait lire avec des lunettes n° 2), dès le second jour, il les reconnaissait sans lunettes à plus de 20 mètres de distance, et il pouvait lire à 7 ou 8 pas des chiffres de 5 centimètres de hauteur, qu'il ne distinguait auparavant qu'à la distance de 2 ou 3 pas.

« Dans les deux autres cas de myopie simple que j'ai opérés, la maladie avait été remarquée dès la plus tendre enfance; elle pouvait tenir dès lors à une forme déterminée de l'œil, indépendante de la contraction musculaire. Les résultats dans ces cas ont été moins frappants que dans celui que je viens de citer; ils ont été toutefois très-remarquables. L'un de ces malades, ouvrier en soie, âgé de 18 ans, ne fut opéré qu'à l'œil du côté gauche; immédiatement après l'opération, cet œil, avec lequel il ne pouvait lire qu'à une distance de 13 centimètres, devint presque aussi fort que celui du côté opposé avec lequel il pouvait lire jusqu'à une distance de 17 centimètres. Depuis qu'il est sorti de l'hôpital, il travaille sans lunettes; auparavant il se servait du n° 3, et ce qui est bien remarquable, tandis qu'à la chandelle il ne pouvait travailler plus d'une demi-heure à une heure, tant sa vue était rapidement fatiguée, aujourd'hui il peut se livrer aux travaux de son état pendant toute la soirée.

« L'autre est un négociant âgé de 40 ans; il a été opéré des deux yeux; le changement n'a pas été immédiat, il s'est fait attendre deux jours, et ne s'est montré que dans la vision des objets éloignés; mais là, il a été très-sensible; dès le second jour, le malade a pu distinguer, sans lunettes, des enseignes placées à une centaine de pas de son appartement, et, huit jours après son opération, il a pu se promener sans lunettes, distinguer les personnes qu'il rencontrait, éviter tous les obstacles, ce qu'il n'avait pu faire depuis dix-huit ans.

« Dans deux autres cas, où la myopie était compliquée de symptômes amaurotiques, tels que des éclairs devant les yeux, regard fixe, les résultats ont été nuls. Dans un cas seulement, le premier que j'ai opéré, il y eut une amélioration très-sensible, mais qui ne dura que deux jours.

« On voit, d'après ces faits, que l'opération n'est jamais nuisible,

qu'elle paraît devoir réussir dans toutes les myopies, sans complication, et que dans celles qui sont le résultat d'une fatigue prolongée des yeux, elle permet d'espérer les résultats les plus immédiats et les plus complets. »

M. Pravaz, avait publié en 1825 dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur quelques anomalies de la vision, où la question de l'accommodation de l'œil aux variations de distance des objets éclairés, était traitée d'une manière incidente; ce médecin a fait insérer, dans le cahier de mai 1841 du même journal, quelques remarques tendant à démontrer que l'explication qu'il a donnée de ce phénomène a reçu une autorité nouvelle des expériences qui ont été faites récemment sur la cause de la myopie.

Personne ne doute aujourd'hui que les changements du foyer oculaire, ne soient produits par l'action des muscles; « mais, chacun des chirurgiens qui sont arrivés à des résultats semblables, par des procédés différents, ayant essayé d'en déduire une théorie particulière des conditions de la vision distincte, M. Pravaz s'attache à démontrer l'erreur de ces diverses interprétations, et à faire voir comment celle qu'il a proposée peut SEULE satisfaire aux circonstances en apparence contradictoires que l'observation a présentées. »

M. Pravaz résume la discussion à laquelle il se livre, par les propositions suivantes :

1° Les muscles obliques agissant isolément sont impropres à modifier la forme de l'œil de manière à le rendre apte à la vision distincte des objets rapprochés; mais en combinant leur action avec celle des muscles droits, ils concourent à l'allongement du sphéroïde oculaire, et leur effort est indispensable pour opérer ce changement.

2° La section des muscles obliques remédie à la myopie, non parce qu'elle supprime la cause immédiatement efficiente de l'élongation du diamètre antéro-postérieur de l'œil, mais parce qu'elle détruit l'opposition que ces muscles apportent à l'effort des muscles droits pour enfoncer l'œil dans l'orbite, et rend ainsi sans effet les composantes normales qui résultent de la contraction simultanée de ces derniers.

3° La supposition que les muscles droits déterminent la myopie en diminuant le diamètre antéro-postérieur de l'œil, est théoriquement contraire à toutes les notions de l'optique; elle est démontrée expérimentalement par le succès des opérations de MM. Phillips et Bonnet. En effet, dans cette hypothèse, la section des muscles obliques devrait

augmenter la myopie en supprimant une des résistances opposées à l'action des muscles droits ; or, elle est au contraire un des moyens de la détruire ou de la diminuer.

4° La section de deux muscles droits opposés étend le champ de la vision distincte, parce qu'elle diminue l'effet de la synergie des muscles droits et obliques, et permet ainsi à la sclérotique de revenir sur elle-même pour rendre à l'œil sa forme sphéroïde.

Après avoir recherché spéculativement l'explication mécanique des deux procédés employés pour la guérison de la myopie, M. Pravaz croit qu'il n'est pas hors de propos d'examiner d'après quelles raisons probables on peut être conduit à donner la préférence à l'un d'eux. « A ne considérer, dit-il, que la symétrie (?) des résultats anatomiques, et s'il y avait antagonisme entre les muscles droits et obliques, le procédé de M. Guérin paraîtrait le plus rationnel ; il laisse, en effet, subsister, jusqu'à un certain point, le rapport naturel d'action de ces deux ordres de muscles ; mais puisque en réalité l'opération ne réussit, par l'une ou l'autre méthode, qu'en faisant cesser la constriction exercée latéralement sur le globe de l'œil par l'effort simultané des muscles droits et obliques, peu importe rationnellement par quel moyen on détruit ce concours. On pouvait craindre *à priori* que la section d'un seul des muscles obliques ne déterminât la déviation de l'œil ; l'expérience n'a pas justifié cette crainte, et ce fait vient à l'appui du rôle principal que j'ai attribué à ces muscles ; il prouve que le plus grand d'entre eux est plutôt une sorte d'*amarre* destinée à retenir le globe oculaire dans une situation à peu près fixe, qu'un organe de mouvement étendu. La brièveté relative de ses fibres musculaires, sa réflexion à angle aigu sur une poulie, où il ne peut glisser qu'avec frottement, tendent à confirmer cette opinion. »

Sous le point de vue pratique, le procédé de M. Bonnet se présenterait donc avec de plus grandes chances d'être adopté par les chirurgiens et par les malades ; la facilité de son exécution le mettrait à portée d'un plus grand nombre d'opérateurs, et l'innocuité de ses résultats immédiats, le peu de douleur qu'il détermine, décideraient aussi les personnes affectées de myopie à s'y soumettre avec moins de répugnance qu'à une double section, assez pénible à supporter, à cause de l'emploi des appareils de contention.

Nous avons fait connaître (*Annales d'Oculistique*, juin, et *Gazette médicale de Paris*, 10 juillet) que nous avions réussi (en avril et mai), à faire cesser la myopie trois fois par la division simultanée des droits externes et internes, une fois par la section de l'oblique inférieur.

L'opération de M. Bonnet nous avait paru préférable, — et nous avons cherché à nous assurer si effectivement elle guérissait. Six fois, nous l'avons mise en pratique depuis le mois de mai, et notre premier essai a seul été couronnée de succès. La contracture de l'oblique inférieure était évidente dans ce cas; le globe se trouvait tiré d'arrière en avant, la pupille se trouvait portée en bas, le bord supérieur de la cornée n'était nullement recouverte par la paupière, tandis que le bord inférieur était caché sous le bord ciliaire d'en bas. Enfin la dépression avait lieu selon ce bord ciliaire, le bombement selon le bord supérieur. Ces signes n'existaient point dans les cinq autres cas; aussi la division du petit oblique ne fut-elle suivie d'aucun résultat; la myopie me parut même plus forte qu'auparavant; la section des droits internes et externes pratiquée ensuite chez trois de ces malades a fait cesser la myopie.

Une autre fois la division des droits externe et interne était demeurée sans résultat; la dépression persistait en bas, le petit oblique une fois coupé, cette dépression s'est effacée et la myopie a cessé.

Quinze opérations pratiquées en quelque sorte publiquement, c'est-à-dire à ma clinique, l'observation de plus de trois cents myopes; m'autorisent à émettre les propositions suivantes :

La myopie *musculaire* est quelquefois le produit du seul excès d'action du petit oblique, presque toujours de la trop grande pression de deux muscles droits antagonistes.

Elle peut être due aussi à l'action simultanée des obliques et des deux droits inférieur et supérieur. Dans ces cas, le bombement est horizontal; la dépression est plus forte en bas; l'œil ne peut être porté en haut, ni en bas. Les deux droits interne et externe produisent le bombement vertical; on les trouve parfois contractés simultanément avec l'oblique inférieur. Les mouvements latéraux sont dans ces cas presque nuls, l'œil a parfois une fixité complète, ses mouvements en bas et en dedans sont seuls possibles; le bombement a lieu aussi de haut en bas,—et de dedans en dehors, si le petit oblique est contracté.

La contracture d'un *seul* muscle droit peut aussi produire la myopie (1); il y a alors complication de strabisme.

(1) C'est là ce que nous avons démontré par le résultat de nos expériences sur les animaux, et une figure, page 270, du 3e volume des *Annales d'oculistique* (septembre 1840) et page 49 — 50 de notre *Mémoire sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme*. On nous permettra de faire remarquer que personne parmi ceux qui ont écrit sur la cure chirurgicale de la myopie, n'a fait mention de nos recherches.

L'oblique supérieur n'est jamais contracté *seul*; son action dans la myopie est nulle lorsque l'oblique inférieur n'est pas en même temps contracté. Dans cette simultanéité d'action, il y a dépression horizontale en haut et en bas, mais plus forte en bas.

Ce que M. Phillips a écrit au sujet des suites de la section du grand oblique est controuvé. Il a pris l'amblyopie pour la myopie; ce qu'il a dit du retour instantané de la vision chez les louches opérés n'arrive que de loin en loin (1). Trois personnes, les seules, qu'il ait opérées à Bruxelles, n'y voient pas d'avantage qu'avant l'opération; M. Schiffers, entre autres, y voit moins maintenant : il est vrai que son strabisme, comme celui de mademoiselle V...s, a persisté.

BIBLIOGRAPHIE.

LA MACROBIOTIQUE DES YEUX, OU L'ART DE CONSERVER LA VUE JUSQU'A L'AGE LE PLUS AVANCÉ; précédé d'un coup-d'œil historique sur l'ophthalmologie, et suivi : 1° d'une note sur les mouches volantes; 2° des expériences de Sir Everard Home sur les changements qu'éprouve la cornée pour s'adapter aux divers degrés de la vision; 3° de considérations pratiques sur l'exploration des yeux malades; 4° du traitement de l'ophthalmie (?) par la méthode hydriatique; par le docteur Losen de Seltenhoff, médecin de la maison du roi attaché aux princes, membre de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la commission permanente du congrès médical de Belgique, de la Société médico-chirurgicale de Hufeland, à Berlin, etc. Bruxelles, 1841; in-8° de XL — 300 pages.

Dès que cet ouvrage fut annoncé dans les journaux quotidiens, je m'empressai d'en faire emplète, me réjouissant d'avance du profit et de l'instruction que j'allais retirer de sa lecture. Mais je dois bien le dire, — j'ai singulièrement regretté la dépense que j'ai faite. Au lieu d'un livre original, j'ai acheté un ressassage informe, une compilation effrontée. Qu'on en juge par l'entrée en matière, que je mets en regard du texte du *Conservateur de la vue*, *par l'ingénieur Chevallier*. (Paris 1820.)

(1) Nous renverrons à ce que nous avons dit à ce sujet dans nos précédentes publications sur le strabisme. Lorsque le strabisme est récent, que l'anesthésie rétinienne n'est pas ancienne, cela arrive bien, mais pas autrement.

Texte de M. Losen.	Texte de M. Chevallier.
Parmi les sens dont la nature nous a fait présent, le plus important sans doute est le sens de la vue. Il n'en est point qui nous procure des jouissances plus étendues et des sensations plus variées. Sans lui, nous serions privés du plus beau des spectacles, celui de la nature entière ; il nous lie avec tous les êtres ; il étend nos rapports dans l'infini ; il agrandit notre existence, etc.	De tous nos sens, le plus utile, le plus étendu et le plus merveilleux est celui de la vue. C'est lui procure à notre cœur les sensations les plus délicieuses, puisqu'il nous fait jouir de l'aspect des personnes qui nous sont chères, et qu'il nous console de leur absence par la peinture fidèle de leurs traits, ou par la lecture des caractères où sont tracées les vives expressions de leur amitié. D'un autre côté quelles jouissances ne procure-t-il pas à notre esprit, lorsqu'il nous rend témoins des tableaux magnifiques que nous offre la nature, etc.

Continuerai-je?... Mais, non ; pourquoi montrer ce qui est pris à Reveillé-Parise, à Beer, ou à d'autres? Pourquoi montrer le travestissement des phrases de ces auteurs?

En vérité, M. Losen, — ou M. de Losen, comme vous vous appeliez avant d'arriver à la cour, où vous vous êtes *roturifié*, en faisant disparaître votre particule *de* — c'est par trop fort ; vous vous y prenez singulièrement, je dirai plutôt, — *aisément*, pour faire un livre. « *Vous vous êtes aidé*, *dites-vous*, *des conseils que vous avez puisés* « *dans les ouvrages des Beer*, *des Weller*, *des Juengken*, *des Rosas*, « *des Carron du Villards*, *des Reveillé-Parise*, *etc.* » *Vous avez*, « ajoutez-vous, *souvent pris à ces ouvrages des phrases*, *des pages* « *entières*, *quand elles vous ont paru nettement exprimer les pensées* « *que vous vouliez rendre !!!!* » Mais vous avez dit précédemment que « *vous aviez souvent laisser parler votre propre expérience.* » Comment donc s'y prendre pour faire la part de *votre expérience*, et de celle des auteurs dont vous avez PRIS *des phrases*, *des pages entières?*

Ignorez-vous qu'emprunter des phrases, des pages entières à un auteur, sans guillemeter ces phrases, ces pages, sans indiquer où on les a *prises*, cela s'appelle PRENDRE, mais dans un autre sens que celui que vous prêtez à ce mot? Ignorez-vous encore que travestir des phrases, des pages entières, comme vous l'avez fait, — est un crime en littérature? Ignorez-vous que celui qui se conduit ainsi mérite une tout autre épithète que celle de plagiaire?

Vous avez vous-même senti tout ce que votre manière d'agir avait d'impardonnable, puisque vous ne pouvez vous empêcher de dire que « *votre conscience d'écrivain* (??) *vous fait un devoir de déclarer* » que vous avez rapiné.

Votre excuse, où la trouvez vous?... Nulle part. Vous aurez beau

répéter que « *vous n'avez pas écrit par intérêt*, *mais dans le seul but d'être utile à l'humanité*, et que *c'est en son nom que vous remerciez les auteurs français et étrangers des emprunts que vous leur avez faits*; personne ne voudra vous absoudre.

Vous avez, dites-vous, voulu être *utile à l'humanité*, et pour cela vous dépouillez votre prochain!... Vous voulez payer votre tribut d'utilité au genre humain, et pour cela vous rendez vos idées par *des phrases, des pages entières qui expriment les pensées des autres!!* Mais où sont vos idées? Vous n'avez donc que celles que vous prenez aux autres? Et dès-lors l'humanité, qu'a-t-elle à attendre de vous?

Si j'étais investi de hautes fonctions, comme l'est M. *Losen* — ou *de Losen*, je ne sais trop comment, — si j'étais médecin de la maison du roi attaché aux princes, et que j'eusse écrit *la Macrobiotique des yeux*, je me hâterais de retirer les exemplaires qui se trouvent dans le commerce, et je les enverrais à ma maison de campagne, pour en faire des sachets à raisin en octobre prochain. Voilà une idée originale, et elle ne viendra sans doute pas à M. Losen, qui préférera certainement chercher dans *la conduite de* l'un ou l'autre écrivain quelque acte *qui lui paraisse nettement exprimer* ce qu'il a envie de faire. Je m'attends à apprendre l'un de ces jours que son œuvre a eu le sort des proclamations de Fouché et du comte de Gondreville, de la *Ténébreuse affaire* de M. de Balzac. F. C.

VARIÉTÉS.

Sur le rapport de M. Uytterhoeven, le conseil provincial du Brabant a accordé à l'unanimité un subside de 200 fr. au dispensaire ophthalmique de M. Cunier.

— M. Cunier vient de mander à l'Académie des Sciences, qu'il a réussi à remplacer par la myotomie oculaire, l'opération de la pupille artificielle *par déplacement de la pupille naturelle*, dans deux cas où des albugos occupaient le centre de la cornée et rendaient la vision impossible. Le strabisme une fois produit, les malades ont pu y voir. Nous publierons cette lettre dans notre prochain cahier.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome V. — 5me livraison. — Août 1841.

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur Sichel.

§ I. Introduction.

Ce mémoire, dans lequel j'ai rassemblé ce que l'observation et la dissection m'ont appris sur le *glaucôme*, est loin de réunir tout ce que la science possède sur ce sujet. De nombreuses occupations et d'autres travaux commencés, m'empêchent de faire des recherches littéraires et historiques, et de m'occuper des publications faites sur cette maladie antérieurement à notre siècle, pendant lequel on en a vu paraître un assez grand nombre, pour que quelques-unes, sans doute, m'aient échappé. J'ai surtout insisté sur quelques points dont les auteurs n'ont pas parlé, ou sur lesquels ils ont émis des opinions ou rapporté des faits qui me semblent erronés. Mon but spécial est de m'occuper de l'anatomie pathologique, fort incomplètement étudiée jusqu'ici, de cette affection.

§ II. Des symptômes pathognomoniques du glaucôme.

La médecine moderne comprend sous le nom de *Glaucôme* une maladie de l'œil dans laquelle on voit derrière la pupille une teinte *glauque*, c'est-à-dire verdâtre, se rapprochant du vert de mer ou du vert de bouteille, située à une plus grande profondeur que l'opacité dans la cataracte et accompagnée d'une abolition plus ou moins notable de la vision. Les autres symptômes pathognomoniques de cette

maladie dénotent tous une altération organique ou au moins commençante de la choroïde et de la rétine, et ne se trouvent point dans l'amaurose pure et simple, tels que : forme presque toujours ovalaire et dilatation souvent transversale de la pupille, dont le bord est frangé et renversé, cercle bleuâtre autour de la cornée, varicosités de la conjonctive et de la sclérotique, teinte plombée et quelquefois même staphylômes de cette dernière, etc., etc.

§ III. Symptomatologie du glaucôme.

Symptômes précurseurs. — Selon M. Weller, que plusieurs auteurs ont suivi, le glaucôme est précédé ou accompagné à son début d'une sensation de douleur gravative et de tiraillement dans la région sourcilière, d'une vision très-variable, meilleure à certaines heures du jour, surtout le matin, etc., etc. (Voyez § VII.) Ces symptômes, qui sont ceux de l'amblyopie amaurotique en général, n'appartiennent point au glaucôme, mais à la première période de l'amaurose, maladie à laquelle le glaucôme peut succéder, ou à la choroïdite commençante qui le précède. (Voyez § IX.) Ils n'existent plus lorsque le glaucôme est formé, c'est-à-dire, quand l'inflammation de la choroïde s'est terminée par la désorganisation et la coloration verdâtre du fond de l'œil.

Douleur. — Tant que le glaucôme est encore accompagné de phlegmasie de la choroïde, les malades éprouvent de la douleur dans le globe oculaire, qui peut parfois devenir sensible à la pression. Ces douleurs siégent surtout dans les régions fronto-sourcilières et voisines, et disparaissent ordinairement dans les périodes plus avancées de la maladie. Elles sont rémittentes, rarement continues; quelquefois, comme cela a lieu dans l'ophthalmie interne en général, elles sont accompagnées ou remplacées par une véritable névralgie. (Voyez § VIII.) Mais ni les douleurs continues ou rémittentes, ni la névralgie, ne forment un caractère essentiel du glaucôme, qui peut fournir sa carrière, sans que ces symptômes aient apparu même un instant.

Changements dans la forme et les mouvements de la pupille. — Dans le commencement, selon quelques auteurs, la pupille peut encore conserver un peu de mobilité et de régularité; elle peut ne présenter qu'un aspect terne, qu'une teinte grisâtre (Guthrie) qui plus tard devient verdâtre. Ceci encore, selon nous, s'applique à l'amaurose qui peut précéder le glaucôme; car tant que cette teinte verdâtre n'existe point, la maladie n'est pas encore un véritable

glaucôme (V. le diagnostic différentiel, § X). Dès que le glaucôme commence, la pupille devient plus ou moins large, immobile, irrégulière, quelquefois ovalaire dans le sens vertical, plus souvent dans le diamètre transversal, et laisse voir au fond de l'œil une opacité verdâtre. La déformation de la pupille vers ses bords interne et externe, s'explique jusqu'à un certain point par la phlegmasie plus fréquente des parties latérales de la choroïde, laquelle se traduit au dehors par des vaisseaux variqueux plus nombreux, placés dans la direction du diamètre transversal du globe, et au dedans par des exsudations albumineuses, des fausses membranes et des amincissements plus fréquents et plus considérables dans les parties latérales de la choroïde. Or, la contraction inflammatoire ou organique de ces régions plus phlogosées du tissu choroïdien, entraîne les portions latérales correspondantes de l'iris en dehors et en dedans, et imprime à la pupille cette forme particulière dont nous parlons. Dans les cas moins fréquents où les parties supérieure et inférieure de la choroïde sont, de préférence, le siége de la phlogose ou de la désorganisation, la pupille devient ovalaire verticalement. C'est à tort que Beer a cherché dans la direction de l'ovale formé par la pupille, quelque chose d'invariable et un rapport constant entre cette forme et la cause productrice de la maladie ; car on peut retrouver ce phénomène dans des glaucômes produits par des causes différentes, telles que la goutte, par exemple, ou une simple congestion cérébrale. Quelle que soit d'ailleurs la forme de cette ouverture, elle est toujours dilatée et immobile. Elle ne pourra se présenter avec son diamètre normal ou un peu rétréci, que dans les cas exceptionnels où une iritis véritable et complète aurait accompagné la choroïdite et le glaucôme, ou bien lorsqu'une cristalloïdite aurait laissé autrefois sur les bords de l'iris une bandelette fibro-albumineuse ; nous n'en avons point vu de semblable. La pupille, quoiqu'ovalaire, est d'ordinaire libre de toute adhérence soit antérieure, soit postérieure. Nous parlerons du reste, en nous occupant des altérations qu'éprouve l'iris, des changements que subit sa marge pupillaire.

Opacité verdâtre dans le fond de l'œil. — Un des premiers symptômes du glaucôme et son caractère pathognomonique le plus saillant est une opacité particulière, verdâtre et concave, située derrière la pupille, dans la profondeur de l'œil. (V. pour quelques détails sur cette teinte verte et son explication le § IV.). La teinte de cette opacité peut varier à un certain degré, mais elle se rapproche toujours du vert de mer ou du vert de bouteille et peut être plus ou moins

foncée. On a voulu y trouver un certain mélange de bleu, probablement à cause de la signification primitive du mot grec γλαυκός que quelques philologues ont dit désigner un mélange de vert et de bleu, probablement pour définir la teinte de la mer qui déjà dans Homère, est désignée de ce mot γλαυκὴ θάλασσα. En analysant bien, on n'y trouve cependant pas de bleu ; c'est simplement une teinte verte le plus souvent très-foncée, et qu'alors on pourrait à la rigueur regarder comme contenant plus de bleu, mais qui aussi devient quelquefois bien plus claire et tire alors sur le jaune. Ce vert est tantôt très-pur, tantôt un peu sale, comme mêlé de gris. L'opacité vert de mer se distingue au premier coup d'œil d'une cataracte par son étendue bien plus considérable, par sa plus grande profondeur et par sa concavité bien prononcée. Bien que dans le commencement elle puisse être plus bornée, la choroïde n'étant pas encore malade dans sa totalité, plus tard elle occupe tout le fond de l'œil, et paraît assez uniforme, un peu plus foncée cependant à son centre, et se perdant insensiblement vers la circonférence. Elle est extrêmement profonde et concave ; si on voulait la placer dans le corps vitré, on serait au moins forcé, dans la plupart des cas, de lui assigner comme siège la partie postérieure de ce corps ; car elle occupe évidemment le fond de l'œil, et ne devient convexe et superficielle qu'à mesure que le cristallin commence à devenir opaque secondairement (V. plus loin le paragraphe consacré à la cataracte glaucômateuse). Il est impossible, à cause de la concavité, de la profondeur et de l'étendue de la concavité, de la confondre avec une cataracte ; aussi l'ombre portée de l'iris manque-t-elle complètement, et les trois images de la flamme d'une lumière présentée devant l'œil se dessinent-elles avec la plus grande netteté, comme dans la simple amaurose. Cette exploration à l'aide de la lumière est d'ailleurs utile, par la raison que les autres signes sont trop clairs pour avoir besoin d'un auxiliaire et que la présence de ces trois images, comme signe négatif de l'existence d'une cataracte, a trop peu de certitude, parce qu'elles se présentent nettement dans un grand nombre de cataractes commençantes, comme je m'en suis assuré par des expériences répétées. Il est bien plus important de constater les rapports qui existent entre l'intensité de la teinte verte, et l'opacité apparente dans le glaucôme et le degré de diminution de la vision. Tandis que dans la cataracte l'intensité de l'opacité réelle est toujours en raison directe du degré de diminution de la vision, dans le glaucôme la teinte verdâtre est souvent à peine commençante que la vision est déjà nulle ou extrê-

tement affaiblie. Plus tard cette abolition de la vision est tellement complète qu'elle se complique de tous les signes de l'amaurose, le port du malade devient absolument celui d'un amaurotique, marchant d'un pas incertain, la tête levée, en cherchant pour ainsi dire avidement la lumière, etc., etc. (Voyez mon Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, page 647); les yeux perdent totalement le regard et l'expression. Nous avons dit : « L'opacité apparente » parce que dans le glaucôme aucun des milieux réfringents n'a réellement perdu de sa transparence, comme nous allons le voir plus loin. Une ressemblance avec la cataracte verte n'a lieu que dans une période plus avancée de la maladie, lorsque, comme cela arrive quelquefois, le glaucôme se complique de cataracte. (Voyez le paragraphe qui traite de la cataracte glaucômateuse.)

Altérations de l'iris. — L'iris ne s'enflamme qu'exceptionellement et partiellement dans le glaucôme. Son inflammation partielle donne lieu à la formation de taches ardoisées, bleuâtres et circonscrites, très-particulières, non décrites par les auteurs, et auxquelles nous avons, par cette raison, consacré tout le § VI de ce mémoire.

Une iritis complète est, à ma connaissance, un fait tout à fait exceptionnel et rare dans le glaucôme véritable et simple; je ne me rappelle pas l'avoir vue une seule fois. Dans la cataracte glaucômateuse l'iritis complète peut se montrer quelquefois; il en résulte alors que dans cette maladie la dilatation de la pupille peut parfois manquer, que cette ouverture même peut être un peu plus étroite qu'à son état normal, et que des adhérentes peuvent exister entre l'iris et la cristalloïde. Mais sans être enflammé, sans avoir été précédemment affecté de phlegmasie et sans cesser de présenter la structure normale, l'iris des yeux glaucômateux se décolore et devient plus pâle; sa couleur, sans prendre ce mélange de rouge qu'elle prend pendant sa phlegmasie, sans devenir verte de bleue, ou roussâtre de brune, s'efface, pâlit et devient terne. Ce changement est sans doute dû à l'altération que la nutrition de tout le globe oculaire éprouve par suite de la désorganisation des membranes internes; peut-être aussi que la compression de l'iris par le cristallin que nous allons mentionner de suite, concourt pour quelque chose à la production de ce changement de couleur. Le cristallin commençant presque toujours, après un certain temps de la durée du glaucôme, à se gonfler, sinon à devenir opaque, et tout l'intérieur de l'œil se trouvant dans un état de turgescence par suite de l'inflammation et de la congestion le plus souvent chroniques des membranes internes, l'iris est poussé en avant vers la cornée et,

de plan qu'il est à son état normal, devient convexe; l'espace de la chambre antérieure se rétrécit. Cela a lieu à un plus haut degré encore dans la cataracte glaucômateuse. La marge pupillaire est renversée en avant et son bord brun, formé par la couche pigmenteuse qui recouvre la surface postérieure de l'iris (*uvée*), devient visible dans une étendue plus ou moins grande. C'est là ce qu'on a appelé *Ectropion de l'uvée*. Souvent la marge pupillaire est comme frangée et déchiquetée. D'autres fois, ses deux feuillets se séparent et se frangent; le feuillet iridien se renverse en avant et le feuillet uvéen en arrière. M. Benedict parle de vaisseaux variqueux qu'il a vus se ramifier dans le tissu de l'iris d'yeux affectés de glaucôme. Ces vaisseaux variqueux de l'iris qui, en général, sont très-rares, mais que j'ai vus dans quelques cas d'amaurose produite par des ophthalmies internes chroniques, n'ont pas plus été observés par moi dans le glaucôme, que l'inflammation complète de l'iris.

Changements dans la cornée. — Beer a dit, et les auteurs depuis lui ont presque tous répété, que la cornée perd son lustre, devient terne, mate, trouble, semblable à l'œil d'un cadavre, sans cependant qu'on puisse y reconnaître la moindre opacité. Je n'ai pu constater ce symptôme, et je dois l'attribuer d'une part à l'aspect terne et amaurotique que tout l'œil prend dans la période avancée du glaucôme, d'autre part à une espèce d'illusion optique qui attribue à la cornée, fort rapprochée de l'iris, une partie de cette teinte terne qui siége dans l'iris par suite de sa décoloration. Il en est de même d'un applatissement de la cornée signalé par M. Rosas, qui ne me semble qu'apparent et dû en réalité au rétrécissement de la chambre antérieure par la convexité que prend l'iris. Ce même auteur distingué dit que la cornée devient pointue vers les deux extrémités latérales; c'est un phénomène que j'ai souvent observé sur des yeux de vieillards et sur des yeux de cadavres, aussi bien dans le glaucôme que sur des yeux sains. Ce phénomène est causé par la conjonctive qui s'avance sur les bords supérieur et inférieur de la cornée, et qui, surtout lorsqu'il y a (comme dans la choroïdite, l'ophthalmie veineuse et le glaucôme) un cercle veineux incomplet dans la sclérotique, sur les côtés externe et interne de la cornée, semble élargir cette membrane sur ces deux côtés et lui donner une forme transversalement allongée, analogue à celle de la pupille et un peu ellipsoïde, ou un peu pointue à ses deux extrémités latérales.

Altération de l'hémisphère postérieur de l'œil. — La conjonctive et la sclérotique présentent aussi dans le glaucôme des changements no-

tables, faciles à saisir et qui contribuent à faciliter le diagnostic et à distinguer au premier coup d'œil cette maladie de la cataracte et de l'amaurose simple, non compliquée encore de symptômes manifestes d'altération organique de la rétine ou de la choroïde. La conjonctive est quelquefois un peu laxe ; rarement elle est jaunâtre, couleur qui lui appartient plutôt quand l'intérieur de l'œil est le siége d'une tumeur cancéreuse. Elle est sillonnée de nombreux vaisseaux larges, tortueux et d'un rouge foncé, venant de gros troncs situés au pourtour de l'hémisphère antérieur de l'œil et se divisant en pinceaux, dont les rameaux divergent plus ou moins en s'approchant de la cornée. Sous la conjonctive, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et à la face externe de la sclérotique, rampent dans la même direction des vaisseaux d'un calibre plus considérable, flexueux, d'une teinte rouge plus sombre, un peu bleuâtre, peu divisés, qui s'étendent également vers le bord de la cornée. Aucun de ces vaisseaux n'atteint le bord de cette dernière membrane ; ils en restent tous séparés par un cercle d'un bleu pâle, grisâtre (*cercle veineux*), large d'un millimètre environ, qui enchâsse la cornée tantôt dans sa totalité, tantôt seulement sur ses bords externe et interne. Les vaisseaux forment quelquefois autour de ce cercle des anastomoses nombreuses en forme d'arc de cercle. Ce cercle veineux ainsi que cette injection variqueuse sont l'effet de la distension de la choroïde par le sang dont elle est gorgée, de la compression des membranes oculaires externes et de la stagnation qui en résulte dans leurs vaisseaux et dans le petit sinus veineux de l'iris découvert par M. Arnold et placé entre la jonction de la sclérotique et de la cornée. (Voyez mon ouvrage cité page 306.) Les mêmes causes, savoir, la compression et la distension chroniques de la sclérotique, son amincissement successif rarement complet et son adhérence partielle à la choroïde, par suite de son inflammation chronique, donnent à cette membrane une teinte moins blanche, tantôt grisâtre, plombée, tantôt bleuâtre ou violacée, au moins par plaques. Quelquefois même on voit des staphylômes de la choroïde se développer çà et là sur la sclérotique sous forme d'élévations bleuâtres, irrégulièrement arrondies, bosselées, d'un diamètre d'un à plusieurs millimètres. Il est plus rare de voir des staphylômes du corps ciliaire accompagner le glaucôme, la désorganisation se bornant à la partie postérieure de la choroïde. Ces bosselures du globe oculaire par des staphylômes de la choroïde indiquent le plus haut degré de la maladie. Lorsque l'affection y est parvenue et même quelque temps aupara-

vant, le globe oculaire est plus rénitent et plus dur sous la pression du doigt et paraît plus plein et plus volumineux.

Quant à la terminaison de la maladie par l'atrophie et par le développement de tumeurs fongueuses, nous en parlerons plus tard.

§ IV. De la teinte glauque comme caractère anatomique principal du glaucôme, de l'explication de cette teinte et de la localisation du glaucôme dans la choroïde.

La plupart des auteurs rattachent le glaucôme à une lésion du corps vitré. Les nombreuses dissections que j'ai faites ne m'ont jamais fait découvrir aucune altération de ce corps capable de rendre compte de l'opacité verdâtre et concave qu'on voit au fond de l'œil derrière la pupille dilatée et immobile. J'ai toujours trouvé le corps vitré transparent, d'une teinte normale, c'est-à-dire incolore, tout au plus un peu jaunâtre ; jamais je n'y ai pu reconnaître une nuance qui tirât sur le vert. Je n'y ai pas trouvé davantage d'opacité, à l'exception de petites taches très-circonscrites, d'un gris-blanchâtre, dues à de petits épanchements fibro-albumineux. En revanche la dissection m'a toujours offert des signes manifestes de désorganisation plus ou moins étendue de la choroïde, tels que l'injection de ses vaisseaux vortiqueux par le sang et surtout son amincissement et sa décoloration partielle, etc. De brune elle devient violacée, et, dans les endroits les plus amincis, tout à fait incolore. La rétine participe presque toujours à la désorganisation ; mais elle n'est affectée que secondairement et moins profondément que la choroïde dans laquelle la maladie débute. On trouve la rétine épaissie, jaunâtre par plaques, tachetée de petites mélanoses, etc.

Dans sa marche j'ai toujours vu le glaucôme succéder à une inflammation manifeste ou au moins à une congestion aiguë ou chronique de la choroïde. Dans quelques cas exceptionnels, dans une variété du glaucôme qu'on pourrait appeler nerveuse et qu'on observe sur des personnes nerveuses ou affaiblies, cette congestion, soudaine et passagère, a pu se perdre en apparence au milieu des symptômes d'asthénie générale plus nombreux ; mais les caractères de la phlegmasie des membranes internes existaient toujours absolument identiques à ceux que l'observation et la dissection sur d'autres individus m'ont forcé à rapporter à la choroïdite et à la rétinite, et très-souvent des désorganisations ultérieures de la choroïde, tels que des staphylômes choroïdiens, des varicosités de la conjonctive et de la sléroti-

que, etc., etc., sont venues plus tard démontrer le siège primitif de la maladie dans cette membrane.

Le cristallin ayant presque sans exception une teinte jaune d'ambre clair sur les individus qui ont passé l'âge de 40 ans, j'ai cru pouvoir expliquer, d'après les lois de l'optique l'opacité concave et verdâtre qui accompagne le glaucôme et la choroïdite, par le mélange de la teinte jaune du cristallin et de la nuance particulière de la choroïde qui devient violacée, quand elle est désorganisée par l'inflammation, et bleuâtre pendant la congestion veineuse dont elle est si fréquemment affectée. On sait que cette membrane est colorée en brun foncé à l'état normal par la couche de pigmentum étendue à sa surface interne ; ce pigmentum forme un amas de globules très-petits, visibles à l'œil nu et mieux encore à la loupe, sous forme de points fort rapprochés. Cette couleur brune et cet aspect pointillé de la surface antérieure concave de la choroïde disparaissent par suite de son inflammation ; elle devient lisse et d'une teinte violacée plus ou moins marquée, au moins dans ses parties qui ont le plus souffert par la phlegmasie. On conçoit que dans la simple congestion où la choroïde se surcharge d'un sang veineux, cette membrane devienne bleuâtre. Ce changement de sa couleur brune normale en violacé ou bleuâtre, doit d'autant plus concourir avec la teinte jaunâtre du cristallin à la production de l'aspect verdâtre du fond de l'œil, que la couleur normale de la choroïde suffit par elle-même pour changer en vert la teinte jaune d'une cataracte, et que les cataractes vertes ont une teinte jaune franche, après leur extraction, comme nous allons l'exposer plus loin. Il n'y a donc pas d'opacité réelle dans le glaucôme véritable et simple. La teinte verdâtre semble occuper une surface concave et profonde, à cause de la transparence du cristallin et de la réflexion d'une partie des rayons lumineux par le fond opaque et concave de l'œil. L'opacité qu'on croit voir est due à cette circonstance; elle n'est qu'apparente, tous les milieux réfringents conservant leur transparence la plus parfaite. Nous verrons plus tard que le glaucôme peut se compliquer de cataracte; mais plus le cristallin devient opaque, plus la surface colorée perd de sa teinte verte, de sa profondeur et de sa concavité. Les auteurs sont unanimes sur l'aspect concave de l'opacité dans le glaucôme, à l'exception de M. de Walther, qui la décrit dans son journal, vol. 30, p. 414, comme légèrement convexe, un peu aplatie antérieurement. C'est une erreur manifeste de ce grand chirurgien que rien n'explique : ce commencement de convexité ne se montre qu'à mesure que le cristallin perd de sa transparence. Ces circonstances ainsi

que les suivantes confirment pleinement l'explication que nous avons donnée de la teinte particulière du fond de l'œil dans le glaucôme. (Voir la thèse de mon ami Canstatt sur le fongus médullaire de la rétine, Wurzbourg, 1829, et mon Traité de l'ophthalmie, etc., p. 118.). Elles prouvent que la teinte verte du fond de l'œil réside dans le cristallin et dans la choroïde et non dans le corps vitré. Après l'abaissement ou l'extraction du cristallin dans le glaucôme ou la cataracte glaucômateuse (je veux dire cataracte compliquée de glaucôme), la pupille et le fond de l'œil deviennent entièrement noirs ; le cristallin opaque dans la cataracte glaucômateuse et le cristallin sain dans le glaucôme sont jaunâtres après leur extraction, de même que la cataracte lenticulaire verte opérable présente après son extraction, une couleur jaune plus ou moins foncée, et quelquefois une teinte orangée rougeâtre. (Traité de l'ophthalmie, etc., page 502 et 503.)

Un cristallin jaunâtre placé sur un fond d'une couleur foncée, surtout quand cette couleur se rapproche plus ou moins du bleu, prend une teinte verdâtre ; en disséquant un cristallin semblable, on le trouve jaune, lorsqu'on le soulève et qu'on le détache du corps vitré normal et de la choroïde ; il redevient verdâtre, quand on le rétablit dans sa position primitive.

Il est amusant de voir combien les auteurs se sont évertués pour trouver au corps vitré une teinte qu'on pût qualifier de verdâtre, teinte qu'il n'a jamais en réalité. Quelques-uns l'ont vu *d'un vert rougeâtre*, c'est-à-dire qu'ils ont tout bonnement disséqué des corps vitrés qui commençaient à se décomposer ; alors, en effet, ils deviennent roussâtres, mais ils ne prennent cependant une teinte verdâtre que lorsqu'on les examine après les avoir placés sur un fond de couleur sombre. M. Rosas rapporte quatre autopsies remarquables de glaucômes, où le corps vitré avait subi des désorganisations très-notables, sans avoir jamais pris une teinte qui se rapprochât aucunement du vert ; dans quelques-uns de ces cas, le cristallin et le corps vitré étaient devenus jaune-rougeâtre. Dans tous les quatre la choroïde et la rétine étaient désorganisées.

M. de Walther regarde la teinte verdâtre du fond de l'œil dans le glaucôme, comme une simple *illusion optique*, dont il ne donne cependant aucune explication ; il se fonde simplement sur ce que, selon lui, cette teinte verte disparaît après la mort. C'est là une double erreur ; la teinte verte est très-constante ; elle est la même pendant la vie dans toutes les positions de l'œil malade et de l'observateur ; elle ne varie que selon la différente intensité de la lumière à laquelle on

observe, et selon les différents degrés de la maladie. Elle ne disparaît point non plus avec la vie, et si elle s'affaiblit quelquefois sur l'œil mort, c'est une nouvelle circonstance en faveur de notre explication. En effet, la choroïde, après la mort, contient moins de sang dans ses vaisseaux et devient plus pâle, ce qui doit nécessairement rendre la teinte verte moins intense, en affaiblissant l'un de ses éléments, la coloration bleuâtre ou violacée de la choroïde.

§ V. Des autres caractères anatomiques du glaucôme qui confirment que le siége de cette maladie est principalement dans la choroïde.

Ce qui prouve encore que le siége du glaucôme est dans la choroïde, c'est que ses autres symptômes déjà mentionnés dans le § II, sont ceux de la désorganisation de la choroïde par l'inflammation, savoir : la dilatation et l'immobilité de la pupille, dont la marge est frangée, fendue en deux lames ou renversée en arrière; presque toujours un changement de couleur ou de texture de l'iris; des varicosités de la conjonctive et de la sclérotique; une teinte plombée ou bleuâtre plus ou moins étendue de cette dernière, ou un cercle bleuâtre encadrant la cornée, *cercle veineux* (Sichel, ouvrage cité p. 306); quelquefois même des staphylômes de la choroïde. Ces symptômes sont accompagnés d'une cécité amaurotique plus ou moins avancée, qui finit toujours par devenir complète. Tout l'ensemble de cette phénoménologie est en harmonie avec ce que nous avons dit plus haut sur le résultat des dissections.

§ VI. D'un caractère anatomique fort particulier du glaucôme, savoir : de l'altération partielle de la structure et de la couleur de l'iris.

Parmi les *caractères anatomiques* du glaucôme, j'attache surtout une grande importance à une *altération toute particulière de la structure et de la couleur de l'iris* que les auteurs, à ma connaissance, n'ont pas mentionnée. Cette altération, bien distincte de la teinte générale pâle et terne de l'iris, (signalée dans le § III), peut manquer dans des cas de glaucôme, tout aussi bien que l'un des autres caractères de cette maladie, mais elle existe le plus souvent et ne s'étend d'ordinaire qu'à une ou à plusieurs portions de l'iris de quelques millimètres d'étendue ; ce n'est que dans quelques cas fort rares que je l'ai vue s'étendre à la presque totalité ou à la totalité de l'iris. Cette membrane, dans sa partie affectée, se décolore, prend une teinte grisardoisé, tirant sur le bleu clair ou le gris perlé, et quelquefois sur le

blanc bleuâtre. Cette teinte tranche beaucoup sur le reste de la couleur de l'iris ; elle est la même, quelle que soit la couleur normale de cette membrane ; mais en général il faut remarquer que le glaucôme est infiniment plus fréquent sur les yeux bruns que sur les yeux gris et bleus ; je ne me rappelle pas si cette observation a été faite par d'autres ophthalmologistes (1). Dans la portion décolorée, l'iris a en même temps perdu sa structure fibrillaire, et est devenue lisse, quelquefois même un peu luisant. Dans un certain nombre de cas la pupille est angulaire et tiraillée vers la partie altérée près de laquelle elle forme une petite pointe. Cette altération, si ma mémoire est fidèle, est plus souvent située dans le grand cercle que dans le petit. Elle reconnaît pour cause une inflammation plus vive de l'iris dans l'endroit affecté, suivie d'un dépôt fibro-albumineux ou d'un épaississement de l'uvée qui amincit la couche antérieure de l'iris, en écarte les fibres et en altère la couleur. L'aspect de cette membrane, surtout si l'on se sert de la loupe, et l'angularité de la papille seuls suffiraient pour arriver à cette conclusion, si la dissection n'était venue m'en fournir la preuve évidente. Quelquefois cependant il m'a semblé que la surface iridienne antérieure était simplement privée de son pigmentum dans l'espace décoloré qui, le plus souvent, forme une plaque ovalaire. Ce caractère anatomique précède quelquefois de loin la teinte caractéristique et glauque du fond de l'œil, et les autres symptômes de désorganisation de la choroïde. Dans plusieurs cas où je l'ai trouvée réunie, soit à une légère amblyopie, soit à une névralgie dont j'ai encore à m'occuper parmi les caractères physiologiques du glaucôme, soit à une dilatation ou à une irrégularité de la pupille, j'ai prédit un glaucôme, et la marche et la terminaison de la maladie n'ont malheureusement pas démenti mon pronostic. Les plaques décolorées de l'iris se trouvent aussi exceptionnellement sur des yeux affectés autrefois d'iritis et de cristalloïdite chroniques non accompagnées d'irrégularité dans la forme de la pupille, ni de symptômes glaucômateux ; le glaucôme dans ces cas peut ne pas se former, mais toujours il existe alors ou il se formera plus tard une amaurose avec une désorganisation quelconque des membranes internes, circonstance importante pour le praticien.

(1) Je vois dans ce moment que MM. Weller et Rosas l'avaient faite avant moi.

§ VII. Des altérations qu'éprouve la faculté visuelle.

Parmi les *caractères physiologiques* du glaucôme, un grand nombre d'auteurs ont surtout signalé une extrême inégalité ou variabilité de la vision qui, selon eux, est souvent beaucoup meilleure le matin ou certains jours. Je n'ai pas trouvé ce symptôme constant; il s'applique plutôt aux amauroses glaucômateuses, c'est-à-dire compliquées d'un certain reflet verdâtre plus ou moins vague dans le fond de l'œil, et de quelques symptômes peu prononcés de glaucôme, ainsi qu'à la première période de cette variété du glaucôme que j'ai désignée du nom de *nerveuse*. Dans le *glaucôme franc*, où les symptômes d'inflammation et de désorganisation de la choroïde sont manifestes, ce symptôme ne se trouve pas; la vision est au contraire de bonne heure très-faible d'une manière permanente; les malades n'y voient pas mieux le matin, ou au moins ils ne voient qu'un peu mieux pendant quelques moments, comme dans presque toutes les cécités amaurotiques asthéniques ou organiques, en raison du repos dont l'organe malade a joui pendant la nuit, et il leur faut en général une lumière très-intense pour distinguer un peu mieux les objets.

§ VIII. Des douleurs névralgiques.

Un symptôme physiologique que je ne me rappelle pas non plus avoir vu mentionné par les auteurs, et que dans ma pratique je n'ai pas rarement trouvé dans la première période du glaucôme, comme dans la choroïdite et l'ophthalmie interne en général, ce sont des douleurs névralgiques faisant des accès irréguliers, et bien distinctes de la douleur continue, ou rémittente dépendante de la phlegmasie et signalée dans le § III. J'augure toujours très-mal des maladies oculaires débutant par des névralgies accompagnées d'irrégularités de la pupille, de trouble visuel léger et de la formation des plaques décolorées particulières décrites dans le § V. Dans le cas suivant qui mérite une description particulière, la vision n'était même pas troublée en dehors de l'accès de la névralgie, et néanmoins je crains que ma prédiction funeste ne s'accomplisse, et qu'il ne se forme un glaucôme, même dans l'œil non affecté de névralgie.

Un homme de près de 50 ans, jouissant d'une haute position dans le monde, éprouve des accès de névralgie sus-orbitaire du côté droit, irrégulièrement périodiques, revenant environ toutes les 4 à 6 se-

maines. Lorsque l'accès revient, la vue de l'œil droit, bonne d'ordinaire, bien qu'un peu plus faible que celle de son congénère, se trouble et finit par devenir nulle. La pupille de cet œil est transversalement ovalaire, immobile, pointue en dehors et tiraillée de ce côté. Le tiers interne de l'iris présente la décoloration gris-ardoisé et tirant dans quelques points sur le gris-perlé, particulière au glaucôme; la texture de l'iris commence à s'effacer dans sa partie décolorée. Il y a 17 ans, le malade a eu une ou plusieurs affections syphilitiques constitutionnelles, dont il ne reste plus aucune trace, et qui ont été énergiquement traitées. Il a éprouvé quelques accès d'hémorrhoïdes fluentes, le dernier il y a 6 à 8 mois, et deux attaques légères de goutte dans les extrémités inférieures qui ont avorté, la dernière il y a environ 2 ans. L'accès névralgique dure d'une à 3 heures; au début on peut quelquefois l'enrayer par l'application endermique de la morphine.

J'ai cru ces accès dépendants d'une choroïdite chronique avec commencement de désorganisation et tendance au glaucôme, et j'ai conseillé d'agir sur cette inflammation, sur la goutte et sur les hémorroïdes par des frictions mercurielles belladonées ou laudanisées, par de petites émissions sanguines, surtout les sangsues appliquées à l'anus, le soufre, l'aloès, le colchique, les rubéfiants sur l'ancien siége de la goutte, etc., etc., et par les vésicatoires volants, pansés autant que nécessaire par la morphine. L'œil gauche présente une pupille ronde, régulière et assez mobile, mais un commencement de décoloration semblable plus pâle du tiers interne de l'iris. Le malade, préférant un traitement simple à celui que j'avais proposé, a eu recours à l'électricité, moyen dont j'avais déconseillé l'usage, craignant qu'il n'augmentât la phlegmasie chronique, et déclarant qu'il fallait au moins l'employer avec une extrême prudence. Je tâcherai de savoir plus tard comment s'est terminée cette maladie et d'en informer les lecteurs des *Annales d'Oculistique*.

§ IX. Marche de la maladie.

Elle débute par les symptômes de la choroïdite sub-aiguë ou chronique, savoir : une injection de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival, composée de vaisseaux dilatés et tortueux qu'on appelle d'ordinaire variqueux, un cercle bleuâtre étroit enchâssant complétement ou incomplétement la cornée, souvent une teinte plombée de quelques portions de la sclérotique, une dilatation inégale de

la pupille qui devient immobile, comme fendue, frangée ou renversée sur son bord, symptômes qui plus tard atteignent le degré signalé parmi les altérations des membranes dans le § III. (V. pour de plus amples détails mon ouvrage cité, page 118, 297 et suivantes). En même temps il survient une faiblesse notable de la vision. Ces phénomènes réunis peuvent être en quelque sorte regardés comme les symptômes précurseurs de la maladie, puisqu'à eux seuls, sauf la teinte caractéristique du fond de l'œil, ils ne constituent point encore le glaucôme. Quelquefois en même temps, d'ordinaire plus tard, il se présente derrière la pupille une opacité verdâtre concave et profonde qui devient de plus en plus foncée. Les plaques décolorées particulières de l'iris se montrent tantôt avant, tantôt après l'opacité verdâtre. A mesure que tous les symptômes anatomiques de la maladie se développent, la vision s'affaiblit proportionnellement et finit par s'éteindre complètement et pour toujours.

La marche de la maladie est le plus souvent lente. Dans quelques cas rares elle est très-rapide, présentant les symptômes d'une choroïdite aiguë ou sub-aiguë ou d'une congestion oculaire foudroyante, d'une véritable apoplexie oculaire. Dans la variété que nous avons exposée dans le § IV, comme pouvant être regardée en quelque sorte comme un *glaucôme nerveux*, il y a probablement aussi une congestion soudaine et une sub-inflammation, mais moins violente, qui cependant, à cause de la constitution nerveuse du malade et des maladies antérieures des centres nerveux, entraine immédiatement ou sous peu de temps la cécité complète, sans devenir apparente dans le commencement.

Si le glaucôme en général débute par la choroïdite chronique, les symptômes de cette phlegmasie peuvent passer inaperçus quelquefois. Beer déjà a dit que dans certains cas le glaucôme se forme sans trace d'inflammation.

Dans quelques cas le glaucôme succède à une simple amblyopie amaurotique, ou à une amaurose déjà complète. On conçoit que la congestion ou la phlogose dans la rétine puissent précéder celle de la choroïde. Il est d'ailleurs difficile de toujours isoler les maladies de ces deux membranes contiguës; aussi dans le glaucôme trouve-t-on toujours avec la choroïde la rétine plus ou moins altérée ou désorganisée.

M. Rosas dit que la maladie débute le plus souvent par l'œil gauche; cette observation est tout à fait conforme à mon expérience. Souvent on voit les deux yeux affectés simultanément, mais la ma-

ladie est alors presque sans exception plus avancée ou plus ancienne dans l'un des deux, et d'ordinaire c'est dans l'œil gauche.

Quand un œil est affecté de glaucôme, l'autre presque toujours, on peut même dire toujours, finit plus tard par être frappé de la même affection, bien que des années puissent s'écouler entre les périodes d'invasion de la maladie dans les deux yeux. Quelquefois il arrive que l'œil le dernier atteint est simplement affecté d'amaurose, comme on voit aussi parfois le premier œil s'éteindre par une amaurose, et l'autre se perdre plus tard par un glaucôme : circonstances qui montrent avec celles déjà mentionnées, que la rétine et la choroïde peuvent se désorganiser sous l'influence des mêmes causes, et sont souvent frappées ensemble ou successivement d'altération organique.

Sur une malade, dont nous rapporterons plus tard l'observation, le glaucôme naissant avait pris dans l'œil droit la forme d'un mydriasis accompagné d'une des plaques décolorées caractéristiques. Non-seulement cet œil, mais encore son congénère, à peine une année plus tard, ont été frappés de glaucôme et de cécité complète.

Quelquefois, lorsque les premiers symptômes ont fait prévoir un glaucôme, la maladie en marchant revêt la forme d'une amaurose simple (sans teinte verte du fond de l'œil) ou glaucômateuse (accompagnée d'une teinte verdâtre très-peu marquée). Ceci se comprend d'après ce que nous avons dit sur les causes de l'apparence verte du fond de l'œil dans le glaucôme, en confirmant de nouveau notre explication de ce phénomène : la désorganisation des membranes internes ne s'accompagne, avons-nous dit, de l'aspect glauque que lorsque le cristallin a la teinte jaunâtre nécessaire ; toutes les fois qu'il est incolore au contraire (ce qui est rare après l'âge de quarante ans), la maladie apparaît comme amaurose simple, ou, lorsqu'il n'y a qu'une teinte jaune très-légère du cristallin, comme amaurose glaucômateuse, ou comme glaucôme commençant, malgré la cécité complète. Dans d'autres cas la désorganisation commençante de la choroïde peut s'arrêter et la rétine seule peut s'altérer dans sa structure, autre circonstance qui fait que la maladie à son terme se présente comme amaurose et non comme glaucôme.

(*La suite au prochain n°.*)

OBSERVATIONS D'OPHTHALMIES GONORRHOIQUES TRAITÉES PAR LA MÉTHODE ECTROTIQUE;

Par le docteur GOUZÉE, médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, etc.

Dans un mémoire publié récemment sur l'ophthalmie gonorrhoïque (1), je me suis spécialement attaché à appeler l'attention sur l'utilité de la méthode ectrotique appliquée au traitement de cette maladie, et à préciser les conditions et les moyens les plus propres à en assurer le succès. De nouveaux faits sont venus depuis se joindre à ceux que j'ai cités à la suite de ce travail, et je pense qu'il n'est pas inutile de les faire connaître, non-seulement parce qu'on ne peut trop insister sur l'emploi d'un agent thérapeutique précieux, qu'une injuste défiance, ou des craintes non fondées font trop généralement négliger, mais encore parce qu'ils peuvent fournir matière à quelques remarques qui ne me paraissent pas dénuées d'intérêt.

Je vais d'abord rapporter les faits, aussi succinctement que possible, afin d'éviter l'ennui qui s'attache facilement à une grande monotonie de détails, et je ferai ensuite quelques réflexions sous la forme de corollaires.

OBS. I. — T., du 1er chasseurs à pied, trente-deux ans, brun, robuste, avait un écoulement uréthral indolent qui datait de deux mois et demi. Il descend de garde le 15 mai; le 16, à son lever, tuméfaction œdémateuse de la paupière supérieure de l'œil droit, comme si elle avait été piquée par un insecte; dans la journée, l'œil devient purulent et douloureux; il entre le 17 à l'hôpital, l'organe malade étant dans l'état suivant :

Paupière supérieure d'un rouge brun à l'extérieur, douloureuse, tuméfiée, anticipant sur l'inférieure; l'œil rouge, recouvert d'un chémosis séreux presque complet, est baigné de matière purulente grisâtre et épaisse. L'œil gauche ne participe pas à la maladie; cependant des granulations vésiculaires existent sur ses muqueuses palpébrales, aux deux angles supérieurement et à l'angle externe inférieurement.

Je pratiquai aussitôt, à l'aide de petits ciseaux courbés sur leur plat, des mouchetures dans la conjonctive oculaire chémosiée, et je passai ensuite le cylindre de nitrate d'argent, d'abord sur la muqueuse palpébrable supérieure, qui offrait un volumineux bourrelet, puis

(1) *Annales d'Oculistique*, janvier 1841.

sur l'inférieure. La paupière supérieure, malgré la tuméfaction et la douleur dont elle était le siége, fut facilement renversée par-dessus un stylet appliqué transversalement à sa base par un aide. Je portai ensuite le crayon de pierre infernale sur les granulations des paupières supérieure et inférieure de l'œil gauche, et le pinceau huileux ayant été promené comme de coutume sur chacune des parties, immédiatement après leur cautérisation, j'abandonnai le malade à lui-même, en lui faisant seulement garder le lit, et en recommandant à la sœur hospitalière de garde, de lui laver légèrement les yeux de temps en temps avec de l'eau tiède.

Le lendemain, comme c'est l'ordinaire, les deux paupières supérieures étaient tuméfiées, mais parfaitement indolentes, et la purulence de l'œil droit avait déjà considérablement diminué. Les phénomènes morbides et de réaction se dissipèrent graduellement avec promptitude. Des frictions faites sur les paupières et les parties voisines avec la pommade de précipité rouge, qui remplacèrent dès le quatrième jour les ablutions aqueuses, suffirent pour amener en peu de temps une guérison complète.

Obs. II. — L., matelot, vingt ans, cheveux roux, de force moyenne, ayant un écoulement peu abondant et indolent, suite d'une forte uréthrite, qu'il disait avoir contractée trois mois auparavant, fut pris d'ophthalmie, le 9 ou le 10 juin, à la prison où il était détenu, et envoyé le 12 à l'hôpital. Comme dans le cas précédent, l'œil droit était purulent et douloureux, les paupières tuméfiées, la conjonctive scléroticale chémosiée, mais à un moindre degré. Les mêmes moyens furent employés; seulement je ne touchai pas à l'œil gauche, qui était entièrement intact, et le mal fut de même promptement conjuré. Vers le 20, une nuance légère d'irritation rhumatique affecta les deux yeux; elle diminua par l'usage interne du calomel associé à l'extrait d'opium, et elle céda entièrement à l'emploi de quatre grains de sulfate de quinine administrés en deux doses pendant huit jours. Quelques cautérisations des muqueuses palpébrales furent pratiquées plus tard, pour dissiper l'engorgement léger qui leur était resté.

Obs. III. — F., caporal des chasseurs, vingt-six ans, châtain, visage brun, coloré, de moyenne force, contracta une uréthrite pendant qu'il était depuis deux mois à l'infirmerie du corps, pour des granulations aux paupières inférieures, qui seules avaient été soumises à l'action du caustique; l'écoulement existait depuis quatre jours seulement, lorsqu'il s'aperçut un matin que son œil droit était rouge

et rempli de mucus; l'ophthalmie fit des progrès rapides dans la nuit suivante, et le lendemain, 4 avril, il entra à l'hôpital, cet œil étant dans l'état suivant :

Les paupières, d'un rouge foncé à l'extérieur, sont fortement tuméfiées; en les écartant, on donne issue à des flots de liquide purulent très-fluide, et on découvre un chémosis séreux épais, au centre duquel apparaît la cornée conservant sa netteté et sa transparence; des douleurs vives se font sentir dans le globe de l'œil et dans toute la partie droite de la tête; les conjonctives palpébrales sont rouges; l'inférieure sans boursouflement, la supérieure un peu épaissie. L'œil gauche est intact. L'écoulement uréthral existe comme auparavant.

Je pratiquai immédiatement de profondes excisions dans le chémosis, puis je passai le cylindre de nitrate d'argent sur la surface muqueuse des deux paupières. La paupière supérieure, quoique douloureuse et très-tuméfiée, fut encore retournée avec assez de facilité par-dessus le stylet appliqué à sa base. — Ablutions d'eau tiède toutes les demi-heures.

Le 5, détente très-prononcée, diminution des douleurs et de l'écoulement qui est toujours plus séreux que muqueux; constipation. — Purgatif salin; frictions de laudanum belladoné tiède sur les parties voisines.

Le 6, les douleurs dans le globe de l'œil et la partie droite de la tête, ont été très-vives pendant toute la nuit; la cornée est intacte, mais la vue est obscurcie et la pupille, régulière et un peu élargie, est complètement immobile. Il me parut évident qu'il existait un mouvement congestif très-prononcé dans le globe oculaire, et que surtout l'inflammation fibreuse (caractère rhumatique) prédominait de beaucoup sur celle du tissu muqueux, deux circonstances qui relèvent les évacuations sanguines de la proscription à laquelle j'ai cru devoir les condamner, en général, dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhoïque. En conséquence, artériotomie de la temporale, qui donne environ dix onces de sang; calomel douze grains et extrait de belladone deux grains, en six doses, une d'heure en heure; pédiluve, tisane chaude.

Le 7, les douleurs, considérablement diminuées pendant la nuit, se réveillent le matin. — Six ventouses scarifiées à la nuque, le reste comme la veille. Le soir, mouvement fébrile (100 puls.), continuation des douleurs qui cessent toutefois entièrement par intervalles. — Saignée du bras de seize onces.

Le 8, le malade a eu plusieurs selles pendant la nuit, les douleurs sont presque entièrement dissipées; détente des paupières, écoulement encore quelque peu abondant, œil ouvert, pupille moins large, pouls encore un peu fréquent, sentiment de faiblesse. — Fomentations tièdes d'une décoction d'althéa et de belladone; laitage.

Le 9, une ulcération superficielle, en forme de facette, a paru sur la cornée contre son segment inférieur, derrière une petite excroissance existant au bord de la paupière; deux autres petites ulcérations se sont également dessinées contre le segment supérieur de cette membrane. — Même traitement.

Le 10, quelques douleurs vives se font encore sentir par intervalles irréguliers dans la partie droite de la tête; le malade est affaissé, le pouls est toujours légèrement fréquent. — Sulfate de quinine six grains, en trois doses dans la journée.

Le 11, amélioration très-marquée dans l'état général et dans l'organe malade; les douleurs ont entièrement cessé, l'œil est largement ouvert, l'écoulement presque nul. Le sulfate de quinine est continué pendant six jours à la dose de deux grains matin et soir, pris avant les repas.

Il ne resta bientôt plus de cette grave maladie que les légères ulcérations situées au-dessus et au-dessous de l'axe visuel, et qui n'excitaient ni sensibilité, ni larmoiement. Sous l'influence de quelques médications directes, elles n'avaient laissé, à la fin du mois de juin, que des traces à peine perceptibles de leur présence, et cet homme, après sa guérison, fut envoyé en congé de six semaines, pour remettre sa constitution un peu altérée par le traitement actif qu'il avait subi et son long séjour à l'hopital.

Le même succès n'a pas été obtenu dans les deux derniers faits, dont je vais esquisser rapidement l'histoire; je chercherai plus tard à en indiquer les causes.

Obs. IV. — B., du 1er chasseurs à pied, vingt-deux ans, châtain, peau blanche, moyenne force, arriva le 3 mars de St.-Bernard, ou il tenait garnison; il avait fait deux lieues à pied par une température froide de + 3° Réaum. Il avait les paupières de l'œil droit d'un rouge brun, tuméfiées, agglutinées, douloureuses; en les écartant, avec peine, il jaillisait de leur intervalle des flots de matière purulente très-fluide; il existait un chémosis sarcomateux, peu élevé; la cornée paraissait intacte. L'œil gauche était sain.

Il disait avoir reçu, quelques jours auparavant, un coup sur cet organe; mais une visite de la verge montra incontinent la vraie

source du mal ; elle fit découvrir un écoulement abondant avec rougeur vive du méat urinaire, qu'il avoua avoir depuis huit ou dix jours.

Je cautérisai les paupières de l'œil malade, sans toucher cette fois au chémosis, qui était dur et peu développé. La conjonctive de la paupière supérieure que je retournai encore sans beaucoup de difficulté, malgré son gonflement considérable, était énormement boursouflée, de couleur lie de vin et saignante.

Le 2ᵉ jour, les paupières étaient affaissées, le malade n'accusait aucune douleur, et l'on aurait pu espérer un résultat heureux, si l'abondance de l'écoulement séro purulent n'avait été d'un sinistre augure. En effet, dès le lendemain, la cornée était devenue terne et offrait en plusieurs points les signes d'un commencement de ramollissement. Le 5ᵉ jour, la suppuration était considérablement diminuée, l'œil était ouvert, mais la cornée se trouvait complétement désorganisée.

Obs. V. — M., du 11ᵉ de ligne, vingt-deux ans, brun, robuste, affecté depuis dix à quinze jours d'une uréthrite aiguë, avait depuis trois ou quatre jours l'œil gauche rouge et douloureux ; le mal, suivant ce qu'il nous dit, avait fait de rapides progrès dans la nuit du 18 au 19 juin, et il entra le 20 à l'hôpital. L'organe malade offrait absolument le même aspect et le même degré d'intensité que dans le cas précédent ; seulement, le chémosis, plus développé, n'était qu'en partie sarcomateux et un des médecins présents crut remarquer que la cornée était quelque peu terne. L'œil droit était resté intact ; l'écoulement uréthral était jaunâtre, très-abondant, et le gland d'un rouge vif. Je cautérisai les paupières de l'œil affecté, après avoir pratiqué, non sans peine, à cause de l'indocilité peu commune du malade, des mouchetures dans le chémosis. Les résultats furent les mêmes encore que dans l'observation précédente ; le 2ᵉ jour, affaissement et détente des paupières, absence complète de douleur, mais persistance d'un écoulement abondant de liquide purulent mêlé de sérosité rougeâtre, et le 3ᵉ jour ramollissement de la moitié inférieure de la cornée, qui donne lieu plus tard au développement d'un large staphylôme.

Le succès a été prompt dans les deux premiers cas, moins facile dans le troisième et nul dans les deux autres. Si nous ajoutons aux cinq faits qui viennent d'être rapportés, les trois observations consignées dans mon mémoire, nous aurons une proportion de six guérisons sur huit cas d'ophthalmie gonorrhoïque.

On sait que les dangers de cette maladie sont en raison directe de l'ancienneté de son développement ; elle existait depuis plusieurs jours chez les deux derniers malades, et l'un d'eux avait eu en outre à subir un pénible voyage. Mais il est une autre cause de gravité et de danger, sur laquelle l'attention n'a pas, que je sache, été particulièrement fixée ; c'est que l'ophthalmie gonorrhoïque est d'autant plus redoutable, les chances de désorganisation sont d'autant plus fortes, que l'uréthrite est plus récente et plus aiguë. Ainsi les deux premiers malades avaient un écoulement uréthral léger, indolent, chronique, existant depuis plusieurs mois, tandis que chez les trois autres il ne datait que de quelques jours et offrait les caractères d'une acuité très-prononcée.

Tous les auteurs, si je ne me trompe, recommandent d'une part, dans le traitement de la maladie dont nous nous occupons, les émissions sanguines copieuses et répétées, et ils remarquent de l'autre qu'elle se termine rarement sans laisser à sa suite des altérations organiques qui compromettent à un degré plus ou moins élevé l'exercice de la fonction visuelle. Ce serait en quelque sorte se complaire dans un cercle vicieux que de suivre encore ce précepte, lorsqu'on possède un moyen d'en sortir aussi souvent avec bonheur. Il est à la vérité des complications graves qui exigent l'emploi des saignées générales et locales, et le sujet de la troisième observation en a offert un exemple remarquable ; mais, hors les cas de ce genre, j'ai tout lieu de les croire inutiles, et il serait même digne de toute l'attention des praticiens de rechercher si, comme j'ai cru le remarquer dans quelques circonstances, les émissions sanguines ne tendent pas, dans certains cas, à rendre plus désastreuse encore l'action du principe virulent et désorganisateur dont la maladie tire son origine.

Les mouchetures pratiquées dans le chémosis avec de petits ciseaux courbés sur leur plat, produisent une détente favorable au maintien de l'intégrité de la cornée. Elles ont été omises, et j'en ai regret, dans le quatrième cas, et elles n'ont pu être faites qu'incomplétement dans le cinquième. Chez ces deux malades, le chémosis était peu développé et en tout ou en partie sarcomateux ; comme il était difficile de le saisir entre les lames des ciseaux, il eût peut-être été avantageux d'y faire des scarifications avec la pointe d'une lancette.

Le traitement ectrotique appliqué à l'œil malade m'a paru éteindre ou borner le principe actif du mal, de manière à préserver l'autre œil de son invasion. Si, comme je le pense, ce soupçon se confirme, il sera désormais inutile de porter le caustique sur les muqueuses

palpébrales de ce dernier, lorsqu'elles ne sont que légèrement rouges et veloutées. Si cependant elles étaient boursouflées, granuleuses, comme dans la première observation, et qu'elles offrissent surtout des traces de purulence, il serait, je pense, imprudent de les abandonner à elles-mêmes, le moyen prophylactique étant d'ailleurs parfaitement innocent. Il ne faut, au reste, jamais négliger l'importante recommandation de ne pas porter sur l'œil resté sain les linges qui servent à absterger l'œil malade.

Les effets de l'application du nitrate d'argent sur les muqueuses palpébrales d'un œil menacé d'ophthalmie gonorrhoïque, pourraient être invoqués à l'appui du dogme fondamental de la doctrine homœopathique. Cette application provoque l'apparition des phénomènes d'une ophthalmie purulente décidée, mais simple, indolente, bénigne, et cette affection semblable, ὅμοιος πάθος, se dissipe spontanément et avec promptitude.

Plusieurs faits ont montré que les moyens proposés pour cautériser en place la paupière supérieure, doivent ne pas être fort souvent nécessaires. Quoique cette paupière fût le siége d'un gonflement considérable, je suis toujours parvenu à la retourner sans rencontrer beaucoup de difficultés ni provoquer de fortes douleurs, en la saisissant par ses cils et en la renversant par-dessus un stylet appliqué et maintenu transversalement à sa base par un aide.

Un œil à l'état de purulence gonorrhoïque doit être cautérisé sans retard. Si le malade qui fait le sujet de la quatrième observation avait subi cette opération avant d'entreprendre le voyage qu'il a dû faire pour venir à l'hôpital, l'organe eût très-probablement échappé à la destruction ; mais le médecin aura été trompé par les renseignements fallacieux qu'il donnait sur la cause de la maladie. Il ne faut jamais perdre de vue que beaucoup de gens, et les militaires surtout, sont portés ou ont intérêt à cacher l'existence d'un écoulement uréthral ; la plupart des soldats affectés d'ophthalmie gonorrhoïque, qui se sont présentés à mon observation, niaient d'abord de la manière la plus formelle qu'ils en fussent atteints, et ce n'est qu'en pressant ou en faisant presser entre les doigts le canal de l'urèthre, pression qui déterminait l'apparition de quelques gouttes de pus, que je parvenais à découvrir la véritable source de la maladie et à les convaincre de fraude. Il est donc nécessaire, quand on est appelé à traiter une ophthalmie purulente grave, de procéder, toutes les fois qu'on le peut, à une visite exacte des parties génitales; et comme il est, sinon impossible, du moins extrêmement rare que l'écoulement de l'urèthre

soit supprimé par le fait du développent de l'ophthalmie, on évitera ainsi des erreurs de diagnostic et de statistique dans lesquelles on est, sans cette précaution, très-exposé à tomber.

L'observation a appris que l'ophthalmie gonorrhoïque affecte d'abord un œil seulement et le plus ordinairement l'œil droit; celui-ci l'a été quatre fois sur cinq dans les faits que je viens de rapporter, six fois sur huit, si l'on y joint ceux de mon précédent travail. C'est une des preuves en faveur de l'opinion la plus généralement admise, que cette maladie est le résultat d'une inoculation. D'ailleurs si, pendant qu'on les examine et qu'on les interroge, on observe à part soi certains malades atteints d'écoulement uréthral, rien n'est plus commun que de les voir porter alternativement, tout en parlant, les doigts à la verge et au visage, et l'on ne s'étonne guère alors de la grande fréquence de cette terrible maladie chez les militaires et les gens du peuple. Elle est extrêmement rare chez les femmes qui, ainsi qu'on en a fait la remarque, se trouvent, sous ce rapport, dans des conditions toutes différentes. Il n'est pas impossible toutefois que l'état granuleux des paupières, toujours si répandu jusqu'en ces derniers temps parmi nos soldats, n'ait rendu chez eux son développement beaucoup plus facile, à l'occasion des plus légères inoculations qui, sans cette circonstance, fussent peut-être maintes fois restées sans effet, et il est permis de soupçonner même qu'une sorte de métastase a pu quelquefois s'opérer sur des organes aussi disposés à devenir malades.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LES CAS D'OBSCURCISSEMENT DE LA CORNÉE NÉCESSITANT LE DÉPLACEMENT DE LA PUPILLE;

Lettre adressée aux Académies des Sciences de Paris et de Bruxelles, par le docteur Florent Cunier.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de donner connaissance à l'Académie d'une nouvelle application que je viens de faire de la myotomie oculaire, que j'ai mise le premier en usage avec succès, pour la cure du strabisme, du nystagme, et de certains cas de diplopie, et que j'ai aussi employée après MM. Jules Guérin et Bonnet, dans le traitement de la myopie.

Lorsque la portion centrale de la cornée, en rapport avec la pupille d'ailleurs saine, est devenue le siége d'un albugo, d'une tache, rendant la vision impossible, on déplace la pupille, de manière à permettre à la lumière d'ar-

river au fond de l'œil. Divers procédés ont été imaginés à cet effet ; Himly, Adams, Baratta, Lusardi, enclavent l'iris dans la cornée ; Embden, Van Onsenoort, le fixent dans la sclérotique ; M. Guépin, de Nantes, doit des succès remarquables à sa *distension forcée* de la pupille, qu'il a fait connaître il y a un an. Le but que se sont proposé ces chirurgiens, est de mettre la pupille en rapport avec une portion de cornée demeurée transparente ; j'ai trouvé que dans le plus grand nombre de cas, on y parvenait par une opération beaucoup plus simple, et nullement aussi chanceuse que le déplacement pupillaire : j'ai tout bonnement divisé un ou plusieurs des muscles moteurs de l'œil, de manière à déterminer un strabisme qui fournit le même résultat.

Voici comment j'ai été amené à recourir à ce moyen :

Le nommé Elzoecht, Jean Baptiste, âgé de 25 ans, de la commune de Koekelberg, à une lieue de Bruxelles, s'est présenté le 21 juin à mon institut ophthalmique ; il louche de l'œil gauche depuis sa naissance ; cet œil est affecté de nystagme. A l'âge de deux ans, Elzoecht a été atteint d'une ophthalmie catarrhale purulente, qui a amené la fonte de l'œil droit, et a laissé sur la cornée de l'œil gauche une opacité leucomateuse qui recouvre environ les deux tiers externes de sa surface ; l'autre tiers, resté transparent, est caché dans le grand angle, et n'est visible que lorsque le malade comprime le moignon qui reste à droite, et fait ainsi cesser le strabisme de l'œil gauche. Il peut alors discerner les objets rapprochés, en les portant vers le nez, et en tournant l'œil le plus fortement possible en dehors. La chambre antérieure a sa capacité normale ; la pupille est libre d'adhérences, et se contracte parfaitement.

Le 30 juin, j'ai divisé le droit interne ; la pupille est venue immédiatement se placer au centre de l'orbite, le nystagme a cessé. L'œil n'étant pas assez porté en dehors pour que le malade pût discerner convenablement les objets, je mis la sclérotique à nu, jusqu'aux droits supérieur et inférieur, sans pouvoir déterminer le moindre degré de strabisme externe. Me fondant sur mes expériences et sur celles de M. Duffin, j'ai alors pratiqué la section de l'oblique inférieur, et c'est au procédé de M. Bonnet que je donnai, comme d'habitude, la préférence : aussitôt ce muscle divisé, l'œil a été porté en dehors et un peu en haut, position que la disposition de l'opacité rendait la plus convenable.

La résorption de l'ecchymose de la plaie cutanée a été rapide ; mais la guérison de la plaie conjonctivale a été lente, le déplacement qu'avait subi le globe, la rétraction de la muco-séreuse divisée, ayant laissé la sclérotique à nu dans une étendue de près de six lignes.

Immédiatement après l'opération, pratiquée en présence de MM. les docteurs Rucloux et Moons, de Bruxelles, Rul-Ogez, d'Anvers, et avec l'assistance de M. le docteur Fleussu, médecin-adjoint du dispensaire, Elzoecht a pu se guider dans mon jardin ; six jours plus tard il venait seul à ma consultation. Aujourd'hui il y voit assez pour discerner les objets les plus fins, seulement il doit les rapprocher de l'œil.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la pupille a subi un déplacement qui la met dans un rapport exact avec la portion de la cornée qui a conservé sa transparence.

Elzoecht était opéré depuis huit jours, lorsque se présenta au dispensaire

un malheureux, aveugle depuis douze ans, le nommé Mechiels, âgé de 42 ans; l'œil gauche était atrophié, et l'œil droit ne conservait qu'une portion de son segment externe, demeurée transparente. Mechiels pouvait, en comprimant l'œil gauche, tourner l'œil droit assez fortement en dedans pour saisir la forme des gros objets.

J'ai coupé le droit externe, et mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur; j'ai ainsi déterminé un strabisme interne, qui permet au malade de se conduire. Aujourd'hui, dix huitième jour de l'opération, il a étalé au marché des panniers d'osier qu'il fabrique, et qu'il peut maintenant vendre lui-même.

J'avais pratiqué l'an dernier le déplacement pupillaire, selon l'ingénieuse méthode de M. Van Onsenoort, d'Utrecht (1), sur l'œil d'une fille d'Anvers, la nommée Pétronille Van Dyck, femme de chambre de madame la marquise d'A...; l'œil droit était atrophié, un albugo occupait tout le segment interne de la cornée de l'œil gauche, et masquait la pupille restée saine. L'enclavement de l'iris dans la sclérotique n'avait eu qu'un succès de peu de durée; la pupille s'était tendue et rétrécie; le cône lumineux devait traverser une portion nuageuse de la cornée pour arriver au fond de l'œil; la malade pouvait à peine se conduire.

Un strabisme interne que j'ai produit il y a cinq jours, a mis un endroit plus large de la pupille déplacée en rapport avec une partie bien nette de la cornée; déjà l'opérée peut se livrer à quelques occupations; elle se guide maintenant à travers des rues habituellement encombrées de passants et de voitures.

La nouvelle application que j'ai faite de la myotomie oculaire me paraît appelée à rendre d'immenses services, et c'est pour ce motif *seulement*, et non pour m'inscrire en priorité, que j'ai cru devoir communiquer à l'Académie les résultats remarquables que j'en ai retirés.

Agréez, etc. Dr FLORENT CUNIER.

Bruxelles, 26 juillet 1841.

(1) Annales de la médecine physiologique, de Broussais, 1822, tom. II, pag. 97 de la contrefaçon de Bruxelles. — Voyez surtout *Bydragen tot de Geschiedenis der vorming van een' kunstigen Oogappel in het algemeen, en tot die voor Nederland in het byzonder, inzonderheid om deze kunstbewerking, volgens geheel nieuwe methoden en daartoe uitgedachte eenvoudige instrumenten, te verrigten*; door A. G. Van Onsenoort. — Je ferai remarquer en passant qu'aucun auteur français, à ma connaissance, ne fait mention du procédé du savant ophthalmologue hollandais.

JOURNAUX FRANÇAIS.

L'Examinateur médical.

RECHERCHES SUR L'ANATOMIE ET LES FONCTIONS DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ŒIL, ET SUR LEUR INTERVENTION DANS LE STRABISME.

Extrait d'une conférence faite le 14 juillet 1841, à l'hôpital des Enfants, par M. le docteur Jules Guérin.

Les personnes qui ont suivi avec attention les recherches faites dans ces derniers temps sur l'action physiologique des muscles obliques de l'œil, et sur leur part d'influence dans la production et les complications du strabisme, savent quelle incertitude règne encore sur ce sujet. Rien de plus divers et de plus contradictoire que les opinions des anatomistes sur les sens des mouvements imprimés au globe oculaire par la contraction isolée ou simultanée des obliques; et des pathologistes sur le rôle de ces muscles dans le strasbisme, soit relativement à leur part d'action dans la production de la déviation oculaire, soit relativement aux conséquences thérapeutiques qui en résultent. De là une perpétuelle incertitude sur les caractères qui doivent établir l'indication de la section de ces muscles, et de perpétuelles contradictions dans les résultats de cette section.

Ces recherches, faites sans but précis et sans direction, dépourvues de tout caractère d'ensemble, et où la question n'a pas été examinée à la fois sous tous les points de vue, où les faits n'ont pas été suffisamment rapprochés et comparés, ont soulevé néanmoins plusieurs idées nouvelles; mais ces idées, se contredisant et se neutralisant pour ainsi dire les unes les autres, n'ont rien laissé de fixe, d'établi, d'irrévocablement acquis à la science; et les auteurs ont souvent abandonné eux-mêmes les principes auxquels ils avaient cru d'abord pouvoir s'arrêter.

La question des fonctions des muscles obliques et de leur intervention dans le strabisme, est donc une question encore neuve qu'il serait très-utile de résoudre définitivement.

Cependant, s'il est est vrai, comme nous croyons l'avoir établi, que toutes les variétés du strabisme sont, comme les variétés des difformités articulaires essentielles, le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et combinée dans les muscles moteurs de l'œil, les obliques doivent avoir leur part dans la formule étiologique de cette difformité. Ils doivent, comme les muscles droits, contribuer, dans certains cas et dans certaines limites, à la production ou au maintien de la déviation oculaire, et leur action doit se refléter

dans les caractères spécifiques de cette déviation, au même titre que dans le torticolis, le pied bot, les déviations de l'épine ; la rétraction des muscles qui desservent les articulations correspondantes doit, en produisant ces difformités, se refléter dans leurs caractères. Ainsi donc, *à priori*, on aurait pu affirmer que les muscles obliques jouent, dans certaines variétés de strabisme, un rôle plus ou moins actif qui restait à déterminer.

Ce qui aurait pu guider au milieu de l'obscurité qui règne sur ce sujet, c'eût été une connaissance précise des fonctions des muscles obliques, car toutes les difformités musculaires ne sont et ne peuvent être que la représentation permanente et plus ou moins exagérée des formes imprimées normalement aux parties par l'action physiologique des muscles. De sorte que la fonction d'un muscle étant connue, on peut toujours retrouver son action dans les caractères de la difformité ; de même dans le strabisme la connaissance de la fonction des muscles obliques eût pu faire reconnaître leur intervention à quelques-uns des caractères de la difformité. Mais quand on n'est plus guidé par ces connaissances préalables, il faut s'entourer d'autres lumières, il faut interroger simultanément l'anatomie, la physiologie et la pathologie ; et, soutenu par ce principe que chaque forme particulière de la difformité est subordonnée à l'action particulière d'un muscle ou d'un système de muscles, on est encore dirigé dans la recherche de l'élément étiologique, d'un côté, par la désharmonie qui existe entre les caractères extérieurs de la difformité et l'action présumée de certains muscles, et, d'un autre côté, par le rapprochement de ces caractères et des résultats thérapeutiques.

Bien plus, à l'aide de ces principes appliqués à l'étude de diverses difformités musculaires, du pied bot, des déviations de l'épine, j'ai pu quelquefois, par l'examen des formes, non-seulement retrouver l'élément étiologique, mais encore modifier les croyances reçues sur l'action physiologique de quelques-uns des muscles qui présidaient aux mouvements des parties atteintes de la déviation.

Nous avons suivi la même méthode dans l'étude des fonctions des muscles obliques et de leur intervention dans le stra isme. A défaut de déterminations suffisamment prouvées par la physiologie, nous avons demandé un complément de lumière à l'anatomie et à la pathologie, et lorsque nous avons trouvé un désaccord entre les caractères de certaines variétés inexplicables d'ailleurs par l'action des muscles droits et l'action supposée des obliques, nous avons dû nous en rapporter, pour décider la question, aux résultats du traitement chirurgical. C'est l'ensemble de nos recherches sur ce sujet que nous nous proposons d'exposer aujourd'hui.

Nous diviserons cette exposition en deux parties. La première com-

prendra la détermination des fonctions des muscles obliques ; la seconde, la détermination du rôle que ces muscles jouent dans la production, et le traitement du strabisme.

PREMIÈRE PARTIE.

Nous allons, dans cette première partie, vous exposer successivement des remarques anatomiques sur les muscles obliques, des conséquences théoriques sur les fonctions, et des expériences propres à établir définitivement ces fonctions.

§ I. — *Remarques anatomiques.*

Jusqu'ici la disposition anatomique des muscles obliques n'a été étudiée que d'une manière extrêmement vague. On s'est borné, en résumé, à indiquer leur direction générale et leur rapport de contiguité avec les autres muscles. Mais quel est le degré de cette obliquité par rapport au diamètre antéro-postérieur de l'œil? Quelle est la disposition, la forme et l'étendue des insertions musculaires? Quel est le siége précis de ces insertions par rapport au centre et aux différents diamètres de l'œil? C'est là ce que personne n'avait encore déterminé. Dans cet état de chose, et pour donner à ces recherches un caractère d'ensemble, nous allons reprendre la question anatomique dans ses premiers éléments, en insistant spécialement sur les points qui ont un rapport plus direct avec la question qui nous occupe.

La portion réfléchie de l'oblique supérieur se dirige, comme on l'avait dit, d'avant en arrière, de dedans en dehors et de haut en bas ; l'oblique inférieur se dirige d'avant en arrière, de dedans en dehors et de bas en haut. Le premier s'engage et s'insère sous le droit supérieur ; le second passe par dessus le muscle droit inférieur et va se terminer sous le droit externe : tous deux s'unissent au globe oculaire, non pas par une insertion linéaire, comme cela a lieu pour les muscles droits, mais bien par une insertion diffuse, occupant un espace de 8 à 10 mill. d'avant en arrière, et de 1 cent. transversalement. Cette insertion se fait par un certain nombre de languettes aponévrotiques réunies par des tissus celluleux, et qui se confondent sensiblement avec le tissu de la sclérotique. Elle n'est pas non plus transversale, ni directement antéro-postérieure, mais oblique ; celle du supérieur est oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans ; celle de l'inférieur est oblique d'avant en arrière, de dehors en dedans et de bas en haut. Cette insertion représente dans son ensemble un triangle irrégulier, dont la disposition varie pour chacun des deux obliques. Pour l'oblique supérieur, un des côtés de ce triangle regarde

en arrière et en dehors, un autre en dedans et en arrière, et le troisième en dehors et en avant. Le bord externe et antérieur continue la direction générale du muscle et coupe l'axe du droit supérieur, et par conséquent l'axe antéro-postérieur de l'œil, sous un angle de 45°. Les insertions les plus internes ont lieu à 2 mill. environ en dedans du bord interne du muscle droit supérieur, et les plus externes dépassent de la même quantité le bord correspondant de ce muscle. L'insertion moyenne correspond donc *en arrière de l'extrémité supérieure de l'axe vertical du globe oculaire*, et par conséquent en arrière du plan transversal de cet organe.

Pour l'oblique inférieur, le triangle représenté par son insertion oculaire est plus irrégulier. Un de ses côtés regarde en arrière, en haut, et en dehors; le second en arrière, en bas et en dehors, et le troisième en avant, en haut et en dedans. Ces deux derniers côtés prolongent les deux bords du muscle et coupent l'axe du droit externe et l'axe antéro-postérieur de l'œil sous un angle de 45 degrés environ. Les fibres les plus internes du petit oblique s'insèrent à la sclérotique à 3 ou 4 millim. au-dessous du bord inférieur du muscle droit externe, et les fibres les plus externes dépassent de 2 millim. son bord supérieur. Leur insertion moyenne est donc située *derrière l'extrémité externe de l'axe transversal du globe oculaire*, et par conséquent en arrière du plan transversal de cet organe.

En outre, les deux muscles obliques, considérés dans leurs rapports respectifs, sont très-rapprochés l'un de l'autre par leurs insertions les plus postérieures, et leurs fibres moyennes sont situées sur la même ligne circulaire; de telle sorte que si ces fibres se prolongeaient transversalement dans l'espace qui sépare les insertions des deux muscles, elles se rencontreraient à peu près en ligne directe. Cette disposition s'observe même d'une manière très-manifeste chez quelques animaux, et je l'ai particulièrement constatée chez le bœuf et le mouton, où les bords antérieures des deux muscles se joignent et se continuent, et forment une bande distincte du reste du muscle.

Enfin, le centre d'insertion des deux muscles obliques est situé, à l'inverse de ce qui a lieu pour les muscles droits, en arrière du plan transversal de l'œil; et cette insertion considérée dans toute son étendue, occupe un segment de sphère représentant environ le tiers postérieur du globe oculaire. Celle de l'oblique supérieur est un peu moins large que celle de l'oblique inférieur, et celle-ci est un peu plus rapprochée de l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Ainsi donc quatre points de vue principaux à considérer dans les dispositions anatomiques des muscles obliques : 1° leur obliquité relativement à l'axe antéro-postérieur de l'œil; 2° le siége de leurs inser-

tions en arrière du plan transversal de l'œil ; 3° leur diffusion sur une certaine étendue de la surface oculaire ; 4° l'opposition de leurs insertions respectives presque aboutées l'une à l'autre sur une même ligne circulaire concentrique à l'axe antéro-postérieur.

§ II. — *Déductions physiologiques.*

Avant d'examiner comment de ces dispositions des obliques on peut induire les différents mouvements de la sphère oculaire auxquels ces muscles participent, il importe de déterminer le centre de mouvement de cette sphère : question qui n'avait pas, que nous sachions, été examinée ni même soulevée jusqu'ici.

Le centre de mouvement de l'œil n'est pas situé, comme on pourrait induire des déterminations anatomiques et physiologiques des auteurs, à l'extrémité de l'axe antéro-postérieur de cet organe, et encore moins à l'insertion du nerf optique, mais au centre même de cette sphère. D'abord, le nerf optique est trop lâche pour servir de point de résistance au pivotement de l'œil. Sa longueur, le trajet qu'il parcourt dans l'orbite avant d'arriver à son insertion, semblent, au contraire, destinés à lui permettre de suivre l'œil dans ses déplacements. En outre, l'insertion du nerf optique n'a pas lieu à l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil. Chez l'homme, elle est située à 4 millimètres environ en dedans de cet axe ; chez les animaux, elle est située tantôt en dedans, tantôt en dehors, suivant l'espèce, suivant certains besoins de la vision propre à cette espèce. Nous ne pouvons entrer aujourd'hui dans l'examen des circonstances qui règlent ces variations dans le point d'insertion du nerf optique relativement à l'axe antéro-postérieur de l'œil ; je me borne, pour le besoin de la discussion présente, à établir en fait que l'insertion du nerf optique ne correspond jamais à l'extrémité de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Mais, indépendamment de ces considérations anatomiques, l'existence du centre de mouvement du globe de l'œil correspondant au centre de la sphère oculaire, peut être appuyée sur deux expériences directes.

Première expérience. — Si l'on examine un œil fortement porté dans l'adduction ou dans l'abduction, on constate que la portion de sclérotique qui devient visible est plus étendue que ne le comporterait le simple pivotement du globe oculaire. Soit, en effet, 8 cent. le périmètre antéro-postérieur horizontal de cet organe ; soit dans son état de repos, 1 cent. 3 mill. étendue de la sclérotique, visible entre le bord externe de la cornée et l'angle externe de l'œil, et 2 cent. l'étendue de la sclérotique située entre ce point et l'extrémité postérieure

de l'axe antéro-postérieur. Supposons maintenant cet œil porté dans l'adduction ; si la sclérotique se découvre en dehors dans une étendue de 2 cent. 5 millim., au lieu de 1 cent. 5 millim., il faut bien que la portion cachée, celle qui est située entre l'angle des paupières et l'extrémité de l'axe antéro-postérieur de l'œil, diminue de la même quantité. Cette portion n'a donc plus que 1 c. d'étendue, au lieu de 2 cent. L'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil a donc voyagé d'une quantité proportionnelle de dedans en dehors pendant que son extrémité antérieure était transportée d'une même quantité dans un sens opposé. Donc le centre de mouvement de l'œil ne peut être placé à l'extrémité de la sphère, mais bien sur un point de sa longueur plus ou moins rapproché du centre même de cette sphère. Or on peut calculer par la grande étendue de la portion de sclérotique qui se découvre pendant l'adduction ou l'abduction de l'œil, que le centre de mouvement de la sphère et son centre géométrique sont bien près de se confondre.

Ces considérations sont applicables aux mouvements d'élévation et d'abaissement de l'œil.

Il suffit, du reste, de voir les mouvements de cet organe pour se convaincre que les arcs qu'ils décrivent appartiennent à un cercle beaucoup plus petit que celui qui aurait son centre à l'extrémité postérieure du globe.

Deuxième expérience. — Si, sur un cadavre l'on porte l'œil alternativement dans l'adduction ou l'abduction, dans l'élévation ou l'abaissement, et que dans chacune de ces positions on traverse l'œil avec des fils enfoncés dans le point de la surface oculaire qui correspond au milieu de l'orbite, et perpendiculairement à cette surface, on constate par la dissection que tous ces fils, au lieu de converger à l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil, ont traversé des points différents de la partie postérieure de cet organe, différemment éloignés de l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur, et de plus se sont croisés en un point rapproché du centre de la phère.

Ces deux expériences nous paraissent établir suffisamment ce que nous avions induit déjà des dispositions anatomiques, à savoir, que le centre de mouvement de l'œil correspond à peu près au centre de cet organe. Ajoutons en dernier lieu que le centre de mouvement de l'œil placé à sa partie postérieure, eût entraîné dans des mouvements latéraux une compression et un déplacement des parties latérales voisines, proportionnels à l'étendue des arcs du cercle qu'il aurait décrits.

Ceci posé, voyons comment les différentes dispositions anatomiques que nous avons indiquées peuvent régler en partie le mode d'action

des muscles obliques sur le globe oculaire, en les examinant d'abord dans leur action propre, les muscles droits étant au repos; ensuite dans leur action combinée avec celle des muscles droits.

1° *Actions propres des muscles obliques.*

Cette action doit être examinée successivement dans leur contraction isolée, dans leur contraction collective et dans leur contraction alternative.

A. *Action isolée des muscles obliques.* Des deux premières dispositions anatomiques, à savoir, l'obliquité des muscles relativement à l'axe antéro-postérieur de l'œil, et le siége de leur centre d'insertion en arrière du plan transversal de cet organe, on peut induire différents mouvements élémentaires de la sphère oculaire.

L'obliquité générale des muscles obliques, par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, doit être considérée comme la réunion de deux obliquités particulières, dont chacune donne lieu à la décomposition de l'action des obliques en deux composantes. La première obliquité a lieu d'avant en arrière et de dedans en dehors. La force musculaire qui agit dans cette direction s'exerce suivant deux composantes; l'une postéro-antérieure ou parallèle, qui se confond dans l'axe antéro-postérieur; l'autre transversale ou perpendiculaire, qui tire sur cet axe de dehors en dedans. La seconde obliquité a lieu de dedans en dehors et de haut en bas, s'il s'agit du grand oblique; de dedans en dehors et de bas en haut, s'il s'agit du petit oblique. La force musculaire qui agit dans cette direction s'exerce également suivant deux composantes, l'une transversale et l'autre verticale, toutes deux perpendiculaires, la première tirant sur l'axe oculaire directement de dehors en dedans; la seconde tirant sur cet axe de bas et haut, s'il s'agit du grand oblique, et de haut en bas, s'il s'agit du petit oblique.

Ainsi quatre composantes qui se résolvent en trois, tendant à attirer l'axe antéro-postérieur de l'œil en avant, en dedans et en haut ou en bas, et dont la résultante détermine le mouvement composé imprimé à l'œil par la contraction isolée de l'un des obliques.

Mais comme les muscles obliques s'insèrent à l'extrémité des rayons d'une sphère mobile sur son centre, et en arrière du plan de l'axe du mouvement et de l'insertion fixe des muscles, il suit, d'une part, que tous les mouvements de l'œil sous l'influence des composantes devraient consister dans un mouvement de rotation autour des axes antéro-postérieur, vertical et transversal; d'autre part, que cette action s'exerce sur la partie postérieure de l'œil, et agit en sens inverse sur sa partie antérieure; ces simples indications seront rendues

plus intelligibles par les développements dans lesquels nous allons entrer.

Des deux composantes qui correspondent à l'obliquité des muscles d'avant en arrière et de dedans en dehors, l'une, postéro-antérieure, tend à porter l'œil directement en avant; l'autre, transversale, tend à le porter en dedans; mais agissant à l'extrémité d'un rayon, sur une sphère mobile sur son centre, cette dernière tend à imprimer à cet organe un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur. Ces forces, n'agissant jamais isolément, se combinent, et il en doit résulter un mouvement composé par lequel, en même temps que l'œil est porté en avant d'une certaine quantité, il exécute un mouvement de rotation. Cette rotation doit avoir lieu de dehors en dedans et de haut en bas, si c'est le grand oblique qui se contracte; et de dedans en dehors et de bas en haut si c'est le petit oblique. Mais par cela même que le centre d'insertion du grand oblique correspond en arrière du diamètre vertical de l'œil, tandis que le centre d'insertion du petit oblique correspond en arrière de l'extrémité externe de son diamètre transversal, les mouvements de rotation imprimés par ce dernier devront être plus étendus que ceux du grand oblique; et c'est en effet ce dont on peut s'assurer directement, comme nous le montrerons plus loin.

Chez les ruminants, l'insertion oculaire des muscles obliques est située moins en arrière que chez l'homme; leur direction est plus transversale qu'oblique. Par conséquent, la composante antéro-postérieure a peu d'action; la composante transversale agit presque dans toute son intensité, et l'œil ne se porte pas sensiblement en avant, mais exécute un mouvement presque direct de rotation autour de son axe antéro-postérieur.

Des deux composantes correspondant à l'obliquité des muscles de dedans en dehors et de haut en bas, l'une, transversale, tend à porter en dedans la partie postérieure de l'œil, et par conséquent en dehors sa partie antérieure, par un mouvement de rotation autour de son axe vertical; l'autre, verticale, tend à porter la partie postérieure de l'œil en haut et sa partie antérieure en bas, si c'est le grand oblique qui se contracte; sa partie postérieure en bas et sa partie antérieure en haut, si c'est le petit oblique; le tout en vertu d'un mouvement de rotation autour de l'axe transversal de l'œil. Ces deux forces, en se combinant, forment une résultante qui doit imprimer à l'œil un mouvement composé d'*abduction* et d'*abaissement*, pour le grand oblique, et d'*abduction* et d'*élévation* pour le petit oblique.

Ainsi, en résumé, l'œil doit exécuter, sous l'influence de la contraction des obliques considérés séparément, trois mouvements élémentaires de rotation correspondant aux trois composantes auxquelles

on peut ramener la direction d'action de ces deux muscles. Ces mouvements sont : 1° un mouvement de rotation de la sphère oculaire autour de son axe antéro-postérieur ; 2° un mouvement d'abduction ; 3° un mouvement d'élévation ou d'abaissement.

Des diverses combinaisons de ces mouvements *élémentaires* résultent des mouvements *composés*, représentatifs de la direction des forces réunies pour les produire, et qui varient suivant que les obliques agissent isolément ou simultanément. L'oblique supérieur, se contractant seul, doit porter l'œil à la fois en dehors et en bas, en vertu d'un triple mouvement de rotation de dehors en dedans sur son axe antéro-postérieur, de dedans en dehors sur son axe vertical, et de haut en bas sur son axe transversal, le tout dans la direction de la résultante de ces trois mouvements. L'oblique inférieur doit porter l'œil en dehors et en haut, en vertu d'un triple mouvement de rotation tout à fait analogue à celui que nous venons d'indiquer.

B. *Action collective des obliques.* — Cette action doit être considérée sous le rapport des changements de direction et sous le rapport des changements de forme du globe oculaire.

a. Changement de direction. — Si les deux muscles obliques agissent simultanément, les forces *antagonistes* qui tendent à faire mouvoir le globe oculaire dans des sens directement opposés, se neutralisent, et le mouvement n'a pas lieu. Les *parallèles* et les *perpendiculaires*, qui agissent directement dans le même sens, s'ajoutent, et le mouvement a lieu dans le sens des forces ajoutées. Ainsi, sous l'influence de la contraction simultanée des deux obliques, les mouvements de rotation, dans un sens ou dans l'autre, autour de l'axe antéro-postérieur de l'œil, et les mouvements d'élévation et d'abaissement, qui sont des résultats de forces *antagonistes*, se détruisent, et il ne reste que le mouvement de translation en avant qui résulte de l'addition de deux *forces parallèles* agissant dans le même sens, et le mouvement d'abduction qui résulte de l'addition des deux *composantes* perpendiculaires agissent en arrière du plan transversal de l'œil.

b. Changements de forme du globe oculaire. — De la troisième disposition anatomique indiquée plus haut, c'est-à-dire de la diffusion des insertions des obliques sur une certaine étendue de la surface oculaire, jointe à cette autre circonstance que le centre de ces insertions est situé en arrière du plan transversal de l'œil, il doit résulter, pendant la contraction simultanée de ces deux muscles (le muscle droit étant au repos), un changement dans la forme de l'œil. En effet, l'action combinée des obliques donne lieu à une résultante intermédiaire, oblique dans le plan de leur direction, c'est-à-dire agissant d'arrière en avant et de dehors en dedans. Cette résultante oblique

se décompose elle-même en deux composantes : l'une, perpendiculaire, à l'axe antéro-postérieur de l'œil; l'autre, parallèle à cet axe. La première de ces composantes pourrait être considérée, ainsi que l'ont fait quelques auteurs, comme déterminant la pression latérale du globe occulaire et, par suite, l'allongement de son diamètre antéro-postérieur; l'autre, comme déprimant le globe d'arrière en avant, et, par conséquent, tendant à raccourir ce diamètre, l'œil étant supposé maintenu en place. Mais si l'on considère que l'insertion des obliques n'a pas lieu latéralement au niveau de la partie moyenne du diamètre antéro-postérieur, mais bien tout près de l'extrémité postérieure de ce diamètre, on voit que la force perpendiculaire agit presque tangentiellement à la surface postérieure du globe, et que la composante parallèle ou antéro-postérieure exerce seule une action efficace; on peut conclure de là que le segment postérieur du globe est déprimé obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans de toute la résistance qui empêche le globe de saillir en avant. Nous ferons remarquer immédiatement que la portion de l'œil correspondant à la cornée transparente étant libre, peut et doit ressentir les effets de la pression postéro-antérieure, d'où sa plus grande saillie, et la diminution proportionnelle de son rayon de courbure.

c. *Action alternative des obliques.* — Si les muscles obliques se contractent non plus stimultanément, mais *alternativement*, il résulte de la disposition de leurs insertions sur une même ligne circulaire, par rapport à leur composante perpendiculaire, et à une petite distance l'une de l'autre, que le globe oculaire doit éprouver un mouvement alternatif de rotation de droite à gauche et de gauche à droite, ou une sorte de balancement dans lequel, le centre de la pupille restant en place, les deux extrémités du diamètre transversal de l'œil s'élèvent et s'abaissent alternativement.

2° *Action des muscles obliques combinée avec celle des muscles droits.*

Indépendamment des fonctions propres aux muscles obliques isolément ou simultanément contractés, il est impossible de ne pas leur en reconnaître d'autres qui résultent de leur combinaison et de l'association de leur action avec celle des autres muscles de l'œil. En vertu de cette assertion, les muscles obliques peuvent devenir ou des *auxiliaires*, ou des *antagonistes* des muscles droits. Dans le premier cas, leur action est considérée sous le rapport des changements de direction du globe oculaire, et, dans le second cas, sous le rapport des changements de forme.

A. *Changements de direction.* — Quand les muscles obliques de-

viennent des agents *auxiliaires* des muscles droits, le mouvement produit est dans la direction de la résultante d'action des muscles simultanément contractés ; et, suivant que ces obliques agissent ensemble ou séparément, avec chacun des muscles droits, ils peuvent être tantôt des agents des mouvements directs et tantôt des agents des mouvements indirects ou intermédiaires. Ces fonctions d'association des muscles obliques sont la conséquence matérielle du changement de rapport des points d'insertion mobiles de ces muscles, eu égard au plan passant par leur point d'insertion fixe de l'axe de rotation, et de leur transport en avant ou en arrière de ce plan.

Pour plus de commodité dans la démonstration, je me servirai d'une sphère artificielle en cire, à laquelle j'ai fixé des fils représentant tous les muscles de l'œil. Sur cette pièce, je vais imiter, à mesure que je les indiquerai, l'action de chaque muscle droit et chaque mouvement de l'œil ; et le déplacement des points d'attache des fils simulant les obliques, vous représentera le déplacement des points d'insertion de ces muscles.

Considérons la combinaison d'action des muscles obliques, d'abord avec l'action des droits interne et externe, et ensuite avec celle des droits supérieur et inférieur.

a. Toutes les fois que le globe oculaire est attiré d'une certaine quantité en dedans ou en dehors, vous voyez que l'insertion des obliques est transportée en avant ou en arrière du plan, ou dans le plan même qui contient les points d'insertion fixes de l'œil et l'axe de rotation, et que le sens de leur action doit être subordonné au sens et au degré de ce déplacement. Dans l'adduction, l'insertion des deux obliques est transportée soit au niveau de ce plan, soit plus en avant. Dans le premier cas, ces muscles agissant simultanément, doivent contribuer à maintenir le résultat de l'action des droits internes, et devenir ainsi des *fixateurs* de l'œil en dedans. Dans le second cas, ils doivent faire plus que maintenir ce résultat, ils doivent contribuer à l'exagérer et devenir ainsi des *adducteurs*. Si le globe oculaire est porté dans l'abduction par l'action du droit externe, insertion des deux muscles obliques qui, dans l'état de rectitude de cet organe, est déjà située en arrière du plan transversal, est portée encore en arrière ; et ces muscles, agissant alors plus perpendiculairement sur le levier à l'extrémité duquel ils s'insèrent, doivent produire un mouvement d'abduction plus rapide et plus étendu, et devenir ainsi des auxiliaires puissants du droit externe.

Dans les combinaisons de l'action de l'un des muscles obliques contractés simultanément, et de l'action de l'un des muscles droits, interne ou externe, le mouvement d'adduction ou d'abduction ne cesse pas d'être *direct*. Mais le mouvement est *indirect* ou oblique lorsque

l'un des deux muscles obliques prend seul part à cette association. L'action combinée du grand oblique et du droit interne, du grand oblique et du droit externe, doit porter l'œil en bas et en dedans ou en bas et en dehors. L'action combinée du petit oblique et de l'un de ces deux muscles doit porter l'œil en haut et en dedans, ou en haut et en dehors.

Dans tous ces cas, le mouvement produit, soit direct, soit oblique, a lieu dans le sens de la résultante d'action des muscles simultanément contractés.

b. Le muscle grand oblique peut devenir un auxiliaire du droit inférieur, et le petit oblique, dans les mêmes conditions, un auxiliaire du droit supérieur. Vous vous en convaincrez facilement en suivant sur cette sphère artificielle les mouvements de l'œil que je vais imiter. Quand l'œil a été porté en bas, par la contraction du droit inférieur, vous voyez que l'insertion du grand oblique passe en avant du plan transversal de cet organe, en même temps que son action s'exerce plus transversalement sur le levier à l'extrémité duquel il s'insère. Il doit donc, en se contractant simultanément avec le droit inférieur, imprimer au globe oculaire, d'après les principes que j'ai rappelés tout à l'heure, un mouvement composé qui le porte obliquement en bas et en dedans. Dans la déviation de l'œil en haut, l'insertion du petit oblique est transportée en avant du plan transversal du globe oculaire. Il doit donc, en joignant son action à celle du droit supérieur, imprimer à l'œil, par un mécanisme analogue au précédent, un mouvement composé qui le porte en dedans et en haut.

Ce nouvel ordre de fonctions, que j'appelle *fonctions d'association*, et qui résulte du changement de rapport des points d'insertion des muscles, eu égard au plan qui contient l'insertion fixe de ces muscles et l'axe de rotation, n'est pas borné au système musculaire de l'œil : c'est, au contraire, un fait général qu'on peut constater dans les mouvements physiologiques ou les déviations pathologiques de presque toutes les brisures du squelette. C'est ainsi que, dans l'adduction du pied, sous l'influence de la contraction physiologique ou de la rétraction des muscles jambier antérieur et postérieur, les fléchisseurs et les extenseurs, dont l'action s'exerce au repos de l'articulation, suivant la direction des leviers qu'ils sont destinés à mouvoir, deviennent, par suite du transport de leurs points d'insertion en dedans du centre de mouvement, des adducteurs du pied. En développant cette idée, je montrerai ailleurs qu'elle sert de base à une nouvelle détermination des mouvements résultant de l'action collective et combinée des différentes portions du système musculaire.

B. *Changements de forme du globe oculaire*. — Les muscles obliques, ai-je dit, peuvent devenir des *antagonistes* des muscles

droits, et il en résulte des modifications, non plus dans la direction, mais dans la forme du globe oculaire. En effet, dans ce cas, les muscles obliques tirent plus ou moins directement d'arrière en avant sur le segment postérieur de l'œil; les seconds d'avant en arrière sur son segment antérieur. Les deux extrémités de l'axe oculaire, ainsi attirées en sens opposé, tendent donc à se rapprocher, et il doit en résulter un raccourcissement de l'œil dans le sens antéro-postérieur.

Tout ce que la théorie nous a permis de prévoir de l'action des muscles obliques, soit isolée, soit collective, soit alternative, soit combinée avec celle des muscles droits, est confirmé à la fois par des expériences anatomiques, physiologiques et thérapeutiques.

§ III. — Expériences.

Montrons donc, par une série d'expériences anatomiques, physiologiques et thérapeutiques, qu'ainsi que nous l'avons avancé, les muscles obliques impriment à l'œil les différents mouvements ou changements de forme que nous avons cru pouvoir inférer des dispositions antomiques, à savoir :

1° *Pour les muscles considérés dans leur action isolée.* — *A.* Un mouvement *élémentaire* de rotation autour de l'axe antéro-postérieur de l'œil; *B.* un mouvement d'abduction; *C.* un mouvement d'élévation ou d'abaissement; trois mouvements élémentaires se résolvant dans un mouvement *composé*, en vertu duquel l'œil se porte en dehors et en bas pour le grand oblique, et en dehors et en haut pour le petit oblique; et à l'épuisement de ce mouvement composé, un certain degré de translation du globe oculaire en avant.

2° *Pour les muscles considérés dans leur action collective.* — *A.* Un mouvement direct d'abduction, suivi d'un mouvement de translation en avant; *B.* une dépression oblique du segment postérieur du globe oculaire, et une plus grande saillie de la cornée transparente.

3° *Pour les muscles considérés dans leur action alternative.* — Un mouvement de balancement du globe oculaire.

4° *Pour les muscles considérés dans leur combinaison d'action avec les muscles droits.* — *A.* Différents changements de *direction* résultant de leur association avec les muscles droits; *B.* un raccourcissement du globe oculaire dans le sens antéro-postérieur, quand les obliques agissent comme antagonistes de ces derniers.

Pour exécuter les expériences anatomiques, nous avons pratiqué aux parois supérieure et inférieure de l'orbite, sur le trajet de la portion directe de l'oblique supérieur et sur celui de l'oblique inférieur, près de son attache orbitaire, une petite ouverture allongée

par laquelle nous pouvons embrasser ces muscles dans une anse de fil, les soumettre à des tractions, et déterminer ainsi à volonté le sens et l'étendue de leur action.

1° *Action isolée des muscles obliques.*

A. *Mouvement élémentaire de rotation autour de l'axe antéro-postérieur de l'œil.* — L'œil étant dans la rectitude, j'exerce des tractions sur le grand oblique, et vous voyez cet œil, obéissant à la direction de l'action du muscle, exécuter un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans autour de son axe antéro-postérieur. Si je tire sur le petit oblique, le mouvement de rotation a lieu en sens inverse; c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans, et il est sensiblement plus étendu que le précédent. L'expérience physiologique confirme ces résultats.

Si l'on se place devant une glace, qu'on regarde fixement devant soi et qu'on incline graduellement la tête sur une épaule, les deux yeux ne suivent pas la tête dans ce mouvement, mais exécutent un mouvement de rotation en sens inverse de l'inclinaison, de telle sorte que leur axe transversal tend à rester parallèle à l'horizon. De même, dans le torticolis ancien, les yeux ne sont pas inclinés dans le sens de l'inclinaison de la tête et du cou, mais leurs axes transversaux tendent à rester parallèles entre eux et à l'horizon; seulement, comme ce redressement des axes ne fait pas disparaître la différence de hauteur à laquelle l'inclinaison de la tête les a placés, ils chevauchent l'un sur l'autre à la manière des marches d'un escalier.

Ces observations physiologiques m'ont conduit à conjecturer que les milieux de l'œil sont disposés suivant certains axes, verticaux ou transversaux, qui permettent de juger de la direction verticale ou transversale des objets, en recevant et réfractant les rayons lumineux d'une manière relative à ces dispositions. Cette manière de voir rendrait compte de ce qui s'observe à la suite de certaines opérations de torticolis et de strabisme où les sujets voient pendant quelque temps les objets plus ou moins inclinés, le diamètre vertical de l'œil ayant subi, par suite de l'inclinaison de la tête ou de la rotation de l'œil produite par la difformité, un mouvement d'inclinaison inverse destiné à neutraliser le premier.

Ce n'est pas tout. Si l'on examine attentivement les yeux d'une personne bien conformée qui cherche à regarder fortement de côté ou bien en haut ou en bas, voici ce qu'on observe. Les yeux se portent d'abord rapidement et en droite ligne en dedans ou en dehors, en haut ou en bas, suivant le sens du regard; mais arrivés aux limites habituelles de ce mouvement, quand, par exemple, une petite por-

tion de la cornée est cachée derrière l'angle ou le bord des paupières, on le voit s'arrêter d'abord, hésiter, puis, sous l'effort continu du sujet, exécuter de petits mouvements de rotation de gauche à droite ou de droite à gauche, en même temps qu'ils se déplacent encore d'une certaine quantité. Nous verrons plus tard les conséquences physiologiques qu'on peut tirer de ce nouveau déplacement; nous nous bornons, quant à présent, à faire remarquer le mouvement de rotation qui, survenant à un degré du mouvement où l'action du droit interne ou externe, supérieur ou inférieur, est épuisée, ne peut par conséquent dépendre que de la contraction des obliques.

Ce fait est plus apparent encore sur des yeux strabiques, quand le malade cherche à regarder dans le sens opposé à la déviation. Dans ce cas, l'effort des muscles obliques est rendu plus nécessaire par les obstacles apportés à l'action des muscles droits plus directement chargés de ce mouvement. Mais dans les strabismes très-prononcés, la rotation du globe oculaire ne commence à se montrer qu'au moment où, par l'action du muscle droit antagoniste du muscle rétracté, l'œil a déjà subi un certain degré de redressement. Jusque là, en effet, la contraction des obliques, loin d'agir dans le sens du redressement, ne sert qu'à maintenir ou à augmenter la déviation. Nous expliquerons tout à l'heure cette dernière circonstance, et nous en ferons ressortir la signification physiologique et thérapeutique.

Enfin, les résultats de l'expérience thérapeutique sont tout à fait conformes à ceux de l'expérience anatomique et physiologique.

Quand, pour un strabisme convergent, on a coupé le muscle droit interne et les portions voisines du fascia, et que l'œil s'est replacé dans la rectitude, si le malade cherche à le porter dans l'adduction, cet œil ne subit pas ordinairement de déplacement latéral, mais exécute de faibles mouvements alternatifs de rotation opposés l'un à l'autre. Ces mouvements, corrélatifs aux efforts prononcés que fait le malade pour reporter l'œil dans l'adduction, attestent l'action des obliques qui restent seuls pour suppléer celle du droit interne. Quand c'est le droit externe qui a été coupé pour un strabisme divergent et que l'œil s'est redressé, cet œil peut encore se porter dans le sens de la déviation, ainsi que nous allons le montrer; mais il n'en exécute pas moins, comme dans le cas précédent, des mouvements de rotation autour de son axe antéro-postérieur.

B *Mouvement d'abduction.* — Vous voyez que si je tire sur la portion réfléchie de l'oblique supérieur ou sur l'oblique inférieur, dans le sens de leur direction, l'œil, indépendamment des autres mouvements qu'il exécute, est porté dans l'abduction, dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. Cette action de l'un des obliques isolément con-

tracté, l'expérience physiologique ne nous permet guère de la démontrer directement.

Quant à l'expérience thérapeutique, elle ne nous a pas fourni jusqu'ici plus de lumière sur l'action isolée du grand oblique, parce que nous n'avons pas eu encore occasion de faire la section de ce muscle dans des cas de strabisme divergent, sans couper en même temps l'oblique inférieur. Mais nous avons vu la déviation de l'œil en dehors persister après la section du droit externe, et le redressement s'opère instantanément après la section du petit oblique.

C. *Mouvement élémentaire d'élévation et d'abaissement.*—Quand j'exerce des tractions sur l'oblique supérieur, l'œil, en même temps qu'il tourne sur lui-même de bas en haut et de dehors en dedans, se dirige en bas. Quand je tire sur le petit oblique, l'œil se dirige au contraire en haut. Ce dernier fait est pleinement confirmé par les résultats qu'on obtient de la section du petit oblique. Dans plusieurs cas de strabisme en dedans et en haut, ou en dehors et en haut, j'ai d'abord pratiqué la section du droit interne ou du droit externe, et, soit que la déviation en dedans ou en dehors ait disparu, soit qu'elle ait persisté, l'œil est resté porté en haut. J'ai alors coupé l'oblique inférieur, et la déviation, dans ce dernier sens, a disparu. Je n'ai jamais coupé l'oblique supérieur dans des cas de strabisme en bas; mais, ayant eu l'occasion, dans d'autres circonstances, et après la section préalable des droits interne et externe, de faire successivement sur le même œil la section du petit et du grand oblique, voici ce que j'ai constaté : Après la première section, celle de l'oblique inférieur, l'œil s'est porté en bas; après la section de l'oblique supérieur, la déviation en bas a disparu. Dans un cas où la section du grand oblique n'a été faite que plusieurs jours après celle du petit oblique, à une époque où les extrémités divisées de ce dernier s'étaient déjà réunies, non-seulement la déviation en bas, résultant de cette dernière section, a disparu, mais l'œil s'est légèrement porté en haut, sous l'influence de l'action rétablie du petit oblique.

Ainsi les expériences anatomiques, physiologiques et thérapeutiques s'accordent pour démontrer l'existence des trois *mouvements élémentaires* de l'œil que nous avions déduits des dispositions anatomiques des muscles. De cela seul on pourrait conclure que le même accord existe pour la détermination des *mouvements composés*. Mais on peut en donner directement la preuve. Vous voyez, en effet, que si je tire sur l'oblique supérieur, l'œil est porté à la fois en dehors et en bas, et que le déplacement s'exécute, comme nous l'avons dit, suivant la résultante d'un triple mouvement de rotation de dehors en dedans sur son axe antéro-postérieur, de dedans en dehors sur son axe vertical, et de haut en bas sur son axe transversal. Si je tire sur le petit

oblique, l'œil se porte, en vertu d'un triple mouvement de rotation, sur les mêmes axes, en dehors et en haut.

Enfin, nous avons dit qu'à l'épuisement de ces mouvements de rotation, les muscles obliques, en continuant à se contracter, doivent imprimer à l'œil un mouvement de totalité qui le porte en avant. En effet, vous voyez que si je continue à exercer des tractions sur l'un ou sur l'autre des muscles obliques, quand les mouvements élémentaires de rotation et les mouvements composés qui en résultent sont épuisés, l'œil se porte sensiblement en avant.

Ces expériences cadavériques sur l'action isolée des muscles obliques nous paraissent très-concluantes; mais il nous a été facile de donner à leurs résultats une sanction directe et irrécusable, en les répétant sur le vivant. Or, quand nous avons eu à couper l'un ou l'autre des muscles obliques, nous avons examiné les mouvements qu'on imprimait au globe de l'œil en soulevant et en tirant les muscles avec le crochet; et nous avons positivement constaté que les tractions exercées sur le grand oblique portaient l'œil en dehors et en bas; que celles qu'on exerçait sur le petit oblique portaient l'œil en dehors et en haut; et enfin que, dans les deux cas, aux limites de ce mouvement de rotation composé, le globe oculaire se portait légèrement en avant.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de constater le strabisme résultant du mouvement composé imprimé au globe oculaire par l'action isolée du grand oblique. Mais il n'en est pas de même pour le petit oblique. Dans des cas de strabisme en haut et en dehors, où nous avions coupé le droit externe, à l'aide du procédé par dissection, et où nous étions bien assurés d'avoir divisé toutes les fibres musculaires et une grande étendue du fascia sous-conjonctival, l'œil a gardé sa position vicieuse; et il ne s'est replacé dans la rectitude qu'après la section de l'oblique inférieur. En même temps, nous avons remarqué que, dans ces cas, le strabisme s'accompagne ordinairement d'un léger degré d'exophtalmie qui disparaît dès que le petit oblique a été coupé.

2° *Action collective des muscles obliques.*

A. Nous avons dit précédemment que, dans les cas où les deux obliques se contractent simultanément, les mouvements de rotation autour de l'axe antéro-postérieur de l'œil, et les mouvements d'élévation et d'abaissement, qui sont des résultats des forces antagonistes, doivent se détruire; que de l'addition des composantes perpendiculaires ou parallèles doivent résulter un mouvement *direct* d'abduction, et un mouvement de translation en avant. Or, vous voyez que

si je tire sur les deux obliques simultanément, l'œil ne tourne plus sur lui-même de droite à gauche, ni de gauche à droite, ne se porte plus ni en haut ni en bas, mais se porte directement en dehors, au point que le bord externe de la cornée arrive presque à toucher l'angle correspondant des paupières. A ce moment, si je continue les tractions, le mouvement d'abduction ne devient pas plus étendu; mais l'œil fait une saillie notable en avant.

A côté de ces faits, voilà ce que nous avons constaté dans quelques opérations de strabisme convergent. Nous avons coupé le droit externe à l'aide du procédé par dissection; nous nous sommes assurés positivement qu'aucun fibre musculaire n'avait échappé à l'instrument. Cependant l'œil ne s'est pas redressé. Nous avons alors débridé le fascia assez largement pour être sûr qu'il ne pouvait plus apporter aucun obstacle au redressement, et l'œil s'est encore maintenu dans l'abduction. Enfin, nous avons coupé les deux obliques, et l'œil s'est remplacé dans la rectitude.

Quant au mouvement de translation en avant, il peut être démontré à la fois par l'expérience physiologique et par l'expérience thérapeutique. En effet, dans les cas de strabisme divergent que nous venons d'indiquer (ceux qu'on guérit par la section des deux obliques), l'œil est généralement plus saillant que dans ceux qui sont produits par la rétraction isolée du droit externe, ou dans les strabismes convergents; et quand les muscles obliques rétractés ont été coupés, la légère exophthalmie qu'ils produisaient disparaissait plus ou moins rapidement. Ce fait est en rapport avec un autre que j'ai constaté plusieurs fois. On sait que la saillie de l'œil en avant est le résultat ordinaire de la section d'un ou plusieurs muscles droits, et des portions de fascia correspondantes, exécutée par la méthode directe, c'est-à-dire celle qui va chercher et découvre les muscles à travers une large ouverture faite au fascia sous-conjonctival, et par conséquent en détruisant en ce point les membranes qui s'opposent jusqu'à un certain point à la projection de l'œil en avant. Or, ayant pratiqué dans ces cas la section des muscles obliques, j'ai remarqué qu'après cette section, l'œil accidentellement porté en avant, rentrait bientôt dans l'orbite d'une quantité relative à sa saillie anormale.

B. *Dépression oblique du segment postérieur du globe oculaire, et saillie de la cornée transparente.*—Il n'existe pas et il ne paraît pas pouvoir exister d'expériences démontrant directement la dépression de la partie postérieure du globe oculaire, et la saillie consécutive de la cornée. Mais l'existence de cette altération nous paraît démontrée implicitement tout à la fois par des expériences anatomiques, physiologiques et thérapeutiques.

En premier lieu, quand l'œil est porté en avant par la contraction

des obliques, ainsi que nous l'avons établi, il est impossible qu'au moment où le mouvement de translation postéro-antérieur est épuisé, au moment où l'œil, retenu en avant par l'insertion circulaire du fascia, ne peut plus être déplacé dans ce sens, il est impossible, disons-nous, que la partie postérieure de l'œil, organe dépressible, ne cède pas dans la direction d'action des forces qui agissent sur lui, c'est-à-dire obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Et, comme la portion de l'œil correspondant à la cornée transparente est libre, il est impossible que les humeurs, refoulées par l'action de la composante postéro-antérieure, ne viennent pas concentrer en ce point l'impulsion qu'elles ont reçue, de manière à faire saillir la cornée et à diminuer son rayon de courbure.

En second lieu, dans certains cas de strabisme, où diverses expériences rendent évidente la rétraction des obliques, nous avons observé des troubles de la vision, consistant principalement dans des directions anormales et certains changements de forme des objets regardés, lesquels accusent, dans les plans des divers milieux de l'œil et particulièrement du cristallin, des inclinaisons tout à fait en rapport avec une dépression oblique du globe oculaire telle que nous l'avons indiquée.

Enfin, la cessation de ces troubles de la vision, après la section des obliques et de l'oblique inférieur surtout, ne paraît pas laisser de doute sur la réalité du rapport que nous venons d'établir.

Au reste, la plupart des variations de direction et de forme des objets regardés, qu'on observe dans certains cas de strabisme, soit avant, soit après l'opération, nous avons pu les imiter en regardant ces objets à travers une lentille d'un très-court foyer, inclinée dans différents sens et à différents degrés, suivant le sens et le degré des inclinaisons du cristallin qui nous paraissent devoir résulter de la rétraction des différents muscles de l'œil. Mais nous ne pouvons qu'indiquer ici ces expériences que nous développerons et ferons connaître avec précision en temps et lieu.

3° *Action alternative des muscles obliques.*

La contraction alternative des muscles obliques, avons-nous dit, imprime au globe oculaire un mouvement de balancement. Et d'abord, rien n'est plus facile, comme vous le voyez, que d'exécuter ce mouvement en tirant alternativement sur l'un et sur l'autre muscle oblique. Ensuite, chez quelques individus affectés de strabisme convergent, on observe, principalement quand le malade veut fixer son regard vers un objet déterminé, un mouvement de balancement tout à fait semblable à celui que nous produisons sur le cadavre, mouve-

ment qui persiste après la section des muscles droits rétractés, alors même que l'œil est redressé. Ce même mouvement peut encore être aperçu dans les cas où les obliques ne sont pas le siége de rétraction spasmodique, lorsque, après la section des muscles droits, le sujet s'efforce de ramener l'œil dans le sens des muscles divisés.

(La suite au prochain n°.)

Gazette des hôpitaux.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'OPÉRATION DU STRABISME;

Par M. Lucien Boyer.

Une imperfection assez fréquente de la strabotomie, consiste dans un enfoncement plus ou moins marqué de la caroncule lacrymale; n'étant plus retenue par la conjonctive verticalement coupée à la partie interne de l'œil, elle fuit dans la profondeur de l'angle formé par la convexité du globe oculaire et la paroi interne de l'orbite. Il en résulte une excavation disgracieuse qui fait ressortir encore davantage la saillie du globe que l'on remarque parfois après l'opération.

MM. Amussat et Boyer ont reconnu — ce que tout le monde sait — que cette tendance de la caroncule à s'enfoncer, est en général d'autant plus prononcée que l'incision a été faite plus près d'elle, plus étendue, et surtout que la partie moyenne est plus exactement en rapport avec le diamètre transversal de l'œil; l'incision conjonctivale fait alors l'effet d'une boutonnière, plus large en son centre, et la caroncule fixée au milieu de la lèvre interne n'étant plus soutenue, s'applique contre la paroi interne de l'orbite; l'intervalle des lèvres est bientôt rempli par du tissu inodulaire.

Nous avons vu M. Cunier obvier à cet inconvénient, en réunissant, aussitôt l'opération terminée, les deux bords de la plaie par un point de suture placé au centre, et qu'il enlevait le lendemain; nous avons vu retirer de si beaux résultats de cette conduite, que nous ne saurions trop la recommander. Pour éviter la chûte de la caroncule, M. Boyer agit de la manière suivante :

Il fait former avec deux pinces un pli vertical à la conjonctive saisie un peu au-dessus du muscle; il divise ce pli avec les ciseaux, horizontalement

et de dehors en dedans, en ayant soin de tenir l'extrémité de l'incision écartée de la caroncule. Saisissant alors avec une pince la couche celluleuse, il la soulève, et la divise d'un coup de ciseaux donné en emporte-pièce. L'extrémité d'un crochet mousse à deux branches est alors introduite entre la sclérotique et le muscle ; ce dernier est ramené au niveau de la plaie, dont la lèvre inférieure est tenue abaissée ; puis la section musculaire est faite.

M. Boyer respecte ainsi le repli sémi-lunaire et l'angle de réflexion de la conjonctive ; la caroncule reste à sa place. Nous ne porterons aucun jugement sur ce procédé ; nous nous contenterons de faire remarquer qu'il est d'une exécution difficile ; que fréquemment il faudra une seconde incision au-dessous du muscle, à cause des infiltrations sanguines qui se manifesteront dans presque tous les cas, et que sans cette seconde incision, on ne pourra pas atteindre assez complètement la membrane fibreuse et les adjacences aponévrotiques, ce qui constituera fort fréquemment une cause de non-réussite. Si nous avions un choix à faire entre les deux méthodes, nous donnerions certainement la préférence à celle de M. Cunier, parce qu'elle permet de débrider largement, ce qui est presque toujours indispensable ; et pour arriver à ce but par le procédé de M. Boyer, on devra souvent établir des incisions perpendiculaires à celles qu'il pratique au-dessous et au-dessus du muscle, laissant une languette de conjonctive destinée à retenir la caroncule.

Dr Fleussu,

Médecin-adjoint du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles.

VARIÉTÉS.

CONCOURS ANNUEL INSTITUÉ PAR LES ANNALES D'OCULISTIQUE.

La question suivante avait été mise au concours de 1840-1841 :

Qu'est-ce que le glaucôme ? Avec quelles maladies peut-il être confondu ? Insister sur son diagnostic différentiel. Faire connaître son traitement.

Trois mémoires nous sont parvenus en réponse à cette question.

Le premier porte pour titre : *Mémoire sur le glaucôme*, et a cette épigraphe : *Be sincere and true.*

Le second est intitulé : *Ueber das Glaucom*, et porte pour devise :

Res ardua, vetustis novitatem dare, novis auctoritatem, obsoletis nitorem, obscuris lucem, fastiditis gratiam, dubiis fidem, omnibus vero naturam, et naturæ suæ omnia. Plin. Hist. nat., lib. I.

Le troisième a pour titre : *Was ist Glaucom?* Il ne porte pas de devise, et l'auteur a omis de joindre à son manuscrit un billet cacheté renfermant son nom.

Ces trois mémoires ont été renvoyés à une commission composée de :

MM.	Frigneaux,	D. M. et C., membre de la commission médicale du Brabant et du comité de salubrité publique, etc.
	Fleussu,	D. M., ancien médecin militaire, médecin-adjoint du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles, etc.
	Hannau,	D. M., médecin du Dispensaire de la rue du Nord.
	Pirgoffs,	*Id.* *Id.*
	Riekem,	D. M. et C., médecin du roi, membre du comité de salubrité publique, etc.
	Rucloux,	D. M., médecin consultant du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles, etc.
	Mourremans,	*Id.* *Id.*
	Cunier,	rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*.

Le concours de 1839-40 a été annulé, le seul mémoire parvenu à la rédaction ayant été retiré par son auteur.

Nous ferons connaître dans notre livraison d'octobre la décision de la commission sur les mémoires relatifs à la question du glaucôme.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome V. — 6me livraison. — Septembre 1841.

MÉMOIRE SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur Sichel.

Deuxième partie.

§ X. Terminaisons du glaucôme.

Quand le glaucôme a atteint son plus haut degré de développement, il peut rester dans cet état pendant toute la vie, sans qu'aucune autre maladie ne lui succède; dans un très-grand nombre de cas, comme nous l'avons déjà dit, une cataracte glaucômateuse se développe. Des staphyylômes de la choroïde se forment quelquefois mais assez rarement. L'œil affecté de glaucôme peut être pris de nouveau d'une ophthalmie externe ou interne. Ces inflammations peuvent produire des ulcérations de la cornée, sa perforation et des végétations fongueuses de l'iris, accompagnées d'hémorrhagies et difficiles à guérir. (Voir le § XIV.) Par suite d'ophthalmie accompagnée de pareils accidents le globe oculaire pourrait bien quelquefois s'atrophier; les ulcérations et les fongosités négligées ou mal traitées pourraient aussi amener une dégénérescence fongueuse de l'œil, bien que pour ma part, je n'aie pas vu une seule fois ces terminaisons. Mais une longue expérience m'a montré, contrairement à l'assertion de M. Rosas, que l'atrophie est une terminaison très-rare du glaucôme et ne le suit jamais sans que la cornée ne se soit ulcérée auparavant, qu'une opération n'ait été pratiquée ou qu'au moins une nouvelle ophthalmie interne, traumatique ou produite par une autre cause, ne se soit emparée du globe de l'œil. Quant à la dégénérescence fougeuse (fongus héma-

tode) que M. Rosas regarde également comme une terminaison assez fréquente du glaucôme, je ne l'ai pas vu une seule fois succéder à cette maladie et je pense qu'elle n'y succède jamais sans qu'une ulcération de la cornée avec végétation ait été négligée ; je rapporterai plus bas (§ XIV), un cas dans lequel j'ai été assez heureux pour guérir une pareille ulcération avec végétation et hémorrhagie. Ayant eu très-fréquemment occasion d'observer des yeux glaucômateux pendant des années entières ou de les revoir à des périodes très-éloignées de leur début, sans les avoir trouvés changés en rien, je suis en droit d'attacher quelqu'importance à mon opinion sur la rareté de la terminaison du glaucôme par l'atrophie et le fongus hématode. Il n'est pas rare de voir des personnes affectées de la maladie qui fait le sujet de ce mémoire, être en butte, longtemps après qu'elle a atteint son plus haut degré, à des congestions cérébro-oculaires, menaçantes pour la santé générale et surtout pour l'œil que la maladie n'aurait point encore envahi, circonstances qui rendent nécessaire la continuation du traitement longtemps après que la cécité est devenue absolue.

§ XI. Traitement et pronostic.

Cette maladie est complètement incurable. En lui appliquant le traitement de la choroïdite ou de la congestion cérébro-oculaire, lorsqu'il en existait encore des symptômes, ou le traitement des autres maladies qui l'avaient produite ou précédée, telles que la goutte, le rhumatisme, la pléthore abdominale, et en appliquant un exutoire actif au bras ou à la nuque, je l'ai souvent arrêtée temporairement, bien que je ne l'aie jamais guérie. C'est donc ce traitement (exposé avec tous les détails nécessaires dans les chapitres consacrés à la choroïdite et à l'ophthalmie veineuse dans mon Traité de l'ophthalmie), que je recommande comme palliatif. Il n'y en a point de radical, ce qui plus d'une fois a fait mon désespoir et celui des praticiens les plus habiles et les plus expérimentés. Toutes les fois que les symptômes de la choroïdite sont manifestes, il ne faut pas craindre d'employer le traitement antiphlogistique, en le proportionnant au degré de la phlegmasie. L'observation de M. Rosas que les émissions sanguines augmentent souvent le glaucôme ne s'applique qu'à sa période la plus avancée où l'inflammation, plus ou moins complètement dissipée, a cédé la place à la désorganisation des membranes internes, et où le faible reste d'excitabilité de la rétine peut s'éteindre totalement et su-

bitement, comme dans toute amaurose avancée, après une perte de sang inopportune. Cette observation peut s'appliquer également à cette espèce de glaucôme à laquelle (dans le § IV) nous avons donné le nom de *nerveux*, où les symptômes inflammatoires et congestifs ne sont point prédominants et où par conséquent, le traitement antiphlogistique ne trouve sa place qu'avec beaucoup de ménagement et de restriction.

Ni l'appareil antiphlogistique déployé dans toute son étendue et avec toute sa rigueur, ni les petites émissions sanguines, dérivatives, ou déplétives, ni les exutoires les plus énergiques, la pommade stibiée, le séton, les cautères et les moxas appliqués aux apophyses mastoïdes et aux tempes, si vantés par quelques auteurs, ni les eaux thermales et les moyens spéciaux préconisés par d'autres pour attaquer cette terrible maladie dans sa source, n'ont jamais guéri ni n'arrêteront jamais dans sa marche un glaucôme véritable. Les topiques ne peuvent qu'augmenter le mal ; aussi faut-il rejeter toute application de collyre ou de pommade sur l'œil. On doit porter le pronostic le plus grave sur l'œil malade, et déjà il y a à craindre pour l'avenir de l'œil sain, lors même que la maladie, non accompagnée des signes de l'altération organique avancée des membranes internes, peut encore être regardée comme une simple choroïdite avec apparence d'opacité concave et verte du fond de l'œil ; car la teinte verte en elle-même est l'indice d'un travail désorganisateur commençant dans la choroïde.

Il faut calmer les douleurs névralgiques, quand elles existent, prévenir la désorganisation ultérieure de l'œil malade et éviter toute fatigue et toute irritation de celui qui serait encore sain. Dans ce dernier but on cachera l'œil malade derrière une compresse flottante ou un verre dépoli ou opaque, pendant le travail le plus nécessaire qui ne sera jamais prolongé au-delà du temps pendant lequel il n'y a aucune sensation ni même aucun pressentiment de lassitude dans l'œil sain ou d'irritation, et de gêne dans celui qui est le siége du glaucôme. La dysménorrhée, la ménopause, des hémorrhoïdes supprimées, ou irrégulièrement fluentes et la pléthore abdominale en général, doivent surtout attirer l'attention du médecin. Il faut une dérivation douce mais constante sur les vaisseaux pelviens, et le tube intestinal, qu'on obtient le mieux par les gommes férulacées, les sulfureux et les aloétiques, que l'on choisira selon les circonstances et dont on alternera l'usage avec les doux laxatifs. On y joindra les rubéfiants appliqués aux parties inférieures (pédiluves irritants, sina-

pismes, ventouses sèches). De cette manière, si l'on ne guérit point, on évitera au moins aux malades des souffrances ultérieures, des congestions cérébro-oculaires nouvelles avec leur triste cortége d'altérations organiques de l'encéphale, de paralysies et de maux semblables qu'il n'est pas rare de voir à la suite de la maladie qui nous occupe ou plutôt à la suite des causes qui l'ont produite. Ces causes doivent être prises en considération, d'après ce qui a déjà été dit ; on rétablira en outre les éruptions cutanées supprimées, les ulcères ou exutoires trop-tôt ou trop brusquement séchés, etc., etc. Toutes les fois qu'une disposition goutteuse joue un rôle dans la production de la maladie, les anti-arthritiques concourront utilement à la cure palliative.

Les préparations iodurées et arsénicales n'ayant point répondu à mes espérances dans le traitement de la choroïdite, je n'ai pas cru rationnel d'étendre leur usage au glaucôme ; on pourrait cependant le tenter dans le cas où la constitution ne serait pas trop affaiblie. Quant à moi, la nature des altérations organiques que j'ai constamment trouvées dans les yeux affectés de glaucôme et de cataracte glaucômateuse, ne me permet point d'avoir la moindre confiance dans l'action de ces moyens.

Les toniques trouvent leur emploi comme auxiliaires de la cure palliative, sur des individus débiles et cacochymes, sans qu'on puisse cependant leur attribuer une action particulière.

En résumé, le glaucôme est une maladie organique et incurable.

Une fois, dans un cas que je rapporterai plus bas, je m'étais flatté d'en avoir triomphé, parceque le glaucôme, encore à l'état de choroïdite et entretenu par une affection goutteuse sub-aiguë des plus manifestes avait diminué notablement, et que la vision s'était rétablie à un haut dégré. Mais au bout de 18 à 20 mois le glaucôme devint complet et la cécité fut incurable ; l'autre œil fut atteint d'amaurose.

§ XII. Des prétendues guérisons de glaucômes et des causes de cette erreur.

Quelques médecins de bonne foi et d'un grand mérite parlent de guérisons de glaucôme. Cette opinion repose, ou sur des erreurs de diagnostic, ou sur le fait qu'ils ont compris sous le nom de glaucôme une maladie autre que celle dont nous parlons, et qu'ils avaient vu

peu de véritables glaucômes. C'est ainsi que M. Sanson regardait comme très-rare cette dernière maladie qui n'est malheureusement que trop fréquente, et avouait ne l'avoir jamais vue. Il dit dans deux passages de ses articles *cataracte* et *glaucôme* dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome V, page 48 : « La com« plication de la cataracte avec le glaucôme est fort rare, puisque « cette dernière maladie est peu commune ; je ne l'ai jamais « observée ; » Tome IX, page 201 : « On connaît peu la nature et « même le siége véritable du glaucôme, ce qui tient sans doute à sa « rareté. » C'est ainsi que j'ai vu un chirurgien distingué traiter pendant des mois entiers une maladie dont il avouait franchement ignorer la nature, maladie qu'une simple inspection suffisait pour faire reconnaître comme un glaucôme des mieux caractérisés et des plus complets des deux yeux.

C'est encore ainsi que M. Mackenzie dit avoir amélioré la vue dans le glaucôme, par l'extraction du cristallin. A une lettre dans laquelle je lui demandais quelques explications au sujet de cette observation extraordinaire et manifestement en contradiction avec tout ce que l'expérience, la dissection et la lecture m'avaient appris, il répondit qu'il n'avait voulu parler que de l'affection qu'il appelle *glaucôme lenticulaire* ou *glaucôme chronique commun* (*lenticular glaucoma* or *common chronic glaucoma*) et qui ne consiste que dans un état dichromatique du cristallin, où le corps, resté transparent, est coloré en jaune, mais où, vu dans l'œil, il présente une certaine teinte jaune-verdâtre. Or, c'est cet état du cristallin que j'ai signalé dans mon ouvrage cité (page 511 et 512) comme étant normal après l'âge de 40 ans environ, et produisant au fond de l'œil un reflet jaunâtre variable et mobile, exempt de toute opacité des milieux réfringents et de tout symptôme de trouble visuel concomitant, et qu'on ne doit confondre ni avec la cataracte, ni avec le glaucôme commençant, (erreur fréquemment commise par beaucoup de médecins et d'ophthalmologistes).

C'est là ce que Beer a confondu avec l'œil de chat amaurotique (encéphaloïde de la rétine) et ce que d'autres ophthalmologistes regardent, à tort, d'après mes recherches anatomiques, comme un symptôme du manque partiel ou de l'absence complète du pigmentum de la choroïde. Cette dernière affection, très-rare, tandis que le reflet dont nous parlons est extrêmement fréquent, se traduit par une tache décolorée plus ou moins étendue, fixe et invariable ; elle n'occupe d'ordinaire qu'une partie de la choroïde à l'inflammation

de laquelle elle succède et est très-difficile, sinon impossible à reconnaître sur le vivant, (abstraction faite de la leucose ou de l'albinisme dont nous n'entendons point parler ici).

Dans les dernières éditions de son excellent ouvrage, et dans un mémoire consacré exclusivement à ce sujet, M. Mackenzie a décrit avec plus de détail ce qu'il appelle *glaucôme lenticulaire*, maladie qui, selon lui, ne se complique pas rarement d'un commencement d'opacité dans le cristallin. On ne s'étonnera point, si dans ce dernier cas, l'extraction du cristallin améliore la vision.

Woolhouse est l'auteur qui compte le plus d'opérations de glaucômes et de cataractes glaucômateuses, mais il ne regarde l'opération dans ces cas que comme palliative, et destinée à délivrer les malades de ce que la coloration anormale de la pupille peut avoir pour eux de désagréable. Nous verrons d'ailleurs, en parlant de l'*Historique* du glaucôme, que Woolhouse a compris sous ce nom les cataractes lenticulaires simples verdâtres ou jaunâtres, particulièrement celles qui sont volumineuses.

§ XIII. Causes du glaucôme.

Aaprès tout ce qui a été dit jusqu'ici nous avons peu à ajouter sur ce point. Les causes du glaucôme sont celles de la choroïdite ; toutes les fois que l'action de ces causes ne cesse point et que l'inflammation qu'elles produisent ne se termine point par la résolution, un glaucôme peut se former. Ici encore, pour éviter des longueurs inutiles, je renverrai le lecteur à mon ouvrage cité, article *choroïdite* et *ophthalmie veineuse*. C'est à tort que Beer et, d'après lui, d'autres ophthalmologistes distingués assignent à la goutte (*arthritis*) un rôle presque exclusif dans la production de cette maladie ; bien qu'elle reconnaisse cette cause dans beaucoup de cas, et que le rhumatisme chronique puisse même concourir à sa formation (les blanchisseuses ont fréquemment des glaucômes), j'ai néanmoins vu beaucoup plus de malades glaucômateux qui jamais n'avaient été atteints d'arthrite, et qui n'avaient été affectés que de choroïdite, tantôt simple, tantôt accompagnée de congestion cérébrale. Des hémorrhoïdes irrégulières, ou supprimées, la dysménorrhée et surtout la ménopause sont des causes plus fréquentes du glaucôme ; cette dernière est peut-être sa cause la plus ordinaire, cette maladie en général, se montrant plus souvent sur des femmes que sur des hommes. Elle est plus fréquente sur des personnes à iris brun ou foncé qu'à iris bleu, gris ou géné-

ralement clair. Je ne l'ai jamais vue sur des personnes qui n'avaient pas atteint l'âge de quarante ans, ou qui en étaient éloignées de plus d'un à deux ans. Encore ces dernières étaient-elles toutes des femmes dont l'âge critique était déjà accompli. Je ne me rappelle pas un seul cas de glaucôme sur un homme qui n'eût pas de beaucoup dépassé la quarantaine, ce qui m'autorise à répéter que cette maladie appartient à l'âge critique des deux sexes, bien que M. Rosas dise l'avoir observée sur des personnes âgées seulement de 30 ans. Quant au *glaucôme congénital* qu'on n'a observé que sur des agneaux, nous ne nous en occuperons que lorsque nous reviendrons à l'anatomie pathologique.

Rien dans ma pratique, trop riche, hélas! comme celle de tout ophthalmologiste occupé, en cas de glaucômes et de cataractes glaucômateuses, ne m'a apporté, en ce qui touche ces maladies, aucune preuve à l'appui de quelques assertions de M. Rosas, homme d'une grande expérience et d'une science profonde, savoir : que la suppression d'ulcères aux pieds joue un rôle important, de cause à effet, dans la production du glaucôme, et que cette maladie est extrêmement fréquente parmi la basse classe des Israëlites. Ni en France, ni dans la ville même où exerce M. Rosas (Vienne en Autriche), dans laquelle j'ai vu un grand nombre de glaucômes pendant trois ans, je n'ai jamais fait cette remarque. L'observation de M. Furnari selon lequel cette maladie attaque de préférence les personnes riches, n'est pas mieux fondée, selon mon expérience personnelle ; au contraire, je l'ai rencontrée plus fréquemment sur des personnes peu aisées. En général elle atteint davantage les personnes affaiblies, d'une constitution épuisée, après qu'elles ont été longtemps affectées de congestions cérébro-oculaires. Comme chez les personnes appartenant à cette catégorie et très-nerveuses les congestions vers les centres nerveux, bien que moins actives et moins apparentes sont en général plus funestes, et se terminent plus facilement et plus promptement par des paralysies incurables, des ramollissements ou des altérations organiques d'autres espèces : de même sur de pareils individus, particulièrement lorsqu'ils sont sujets ou disposés à la goutte irrégulière (*arthritis anomala* des anciens), le glaucôme, en prenant la forme que nous avons désignée du nom de *glaucôme nerveux* (§ IV), marche souvent avec une rapidité étonnante qui parfois devient vraiment foudroyante. Quelquefois, au contraire, cette même forme de cette maladie prend une marche à la fois rapide et insidieuse, et lorsque la veille on croyait encore avoir affaire à une amblyopie ou à une

amaurose simple commençante, accompagnée de congestion cérébro-oculaire à peine manifeste au milieu d'une foule de symptômes nerveux, le lendemain on trouve une cécité complète avec dilatation et immobilité de la pupille, accompagnée de la teinte verte glaucômateuse du fond de l'œil, à laquelle succèdent plus tard les autres signes de la désorganisation des membranes internes propre au glaucôme. Telle est la promptitude avec laquelle se désorganisent des tissus d'une texture aussi fine sous l'influence de causes, peu actives en apparence, et avec des symptômes inflammatoires peu marqués sur des individus d'une constitution nerveuse et délabrée. Heureusement que les cas de cette espèce sont rares.

§ XIV. De la cataracte glaucômateuse (appelée à tort cataracte verte); de l'inutilité et des suites fâcheuses de son opération.

Quand le glaucôme a existé un certain temps et souvent même dès son début, il peut se compliquer de cataracte; c'est ce qu'on appelle alors *cataracte glaucômateuse*. Cette complication ne change rien ni au traitement, ni au pronostic de la maladie; elle s'explique facilement, comme la cataracte qu'on ne voit pas rarement survenir après l'amaurose, par la profonde atteinte que doit avoir subie la nutrition du cristallin, quand la rétine et la choroïde et avec elle tout le système vasculaire de l'œil ont été frappés pendant un certain temps de congestion, d'inflammation et finalement de désorganisation. Ces cataractes sont d'ordinaire plus ou moins molles et d'une teinte tantôt blanchâtre ou gris-blanchâtre (quand leur noyau est de cette couleur ou que leurs couches postérieures sont opaques), tantôt verdâtre (quand leur noyau est jaune et que leurs couches postérieures, restées semi-transparentes permettent le mélange de la couleur du fond de l'œil avec celle du centre de la lentille). L'iris, immobile, présente, ainsi que la conjonctive et la sclérotique, le même aspect que dans le glaucôme. La pupille est dilatée, irrégulière et la vision nulle. L'opacité, au lieu d'être concave et profonde comme dans le glaucôme, est plus ou moins convexe, très-rapprochée de l'iris et souvent en contact immédiat avec cette membrane. Une pareille cataracte ne doit jamais être opérée que dans des cas exceptionnels, à la demande expresse des malades, et quand il a été impossible de les faire changer d'avis; encore faut-il alors les plus grandes précautions pour éviter une nouvelle inflammation violente et une marche plus rapide de la désorganisation de l'œil ou une dégénérescence de mauvaise nature,

bien que quelquefois l'opération ne soit suivie que de symptômes phlegmasiques fort peu intenses. L'opération de ces cataractes et l'extraction du cristallin dans le *vrai* glaucôme, bien loin d'améliorer la vision, peuvent donner lieu aux accidents les plus graves, à la fonte purulente de l'œil ou à son atrophie. La vision reste toujours abolie, quand elle l'a été avant l'opération, et se perd plus rapidement, quand elle existait encore à un certain degré. Ce dernier résultat est le même après les opérations de cataractes non-glaucômateuses compliquées d'amaurose simple ou d'amblyopie amaurotique, où la cécité, d'après mes observations devient promptement complète et se complique fréquemment d'atrophie du globe oculaire, bien que les symptômes inflammatoires soient d'ordinaire peu considérables et souvent nuls, quelle que soit la méthode opératoire employée.

On ne s'étonnera pas des suites fâcheuses que des opérations de cataractes glaucômateuses peuvent entraîner, si l'on considère que par suite d'une nouvelle phlegmasie ou d'une lésion traumatique accidentelle, le glaucôme, ainsi que le staphylôme, l'encéphaloïde et les autres désorganisations de l'œil, peuvent prendre un nouveau développement et un accroissement plus rapide. Des staphylômes de la choroïde et du corps ciliaire peuvent survenir sous les circonstances mentionnées; cependant cette dernière affection, le staphylôme du corps ciliaire, complique très-rarement le glaucôme, probablement parce que la phlogose de la choroïde se concentre le plus souvent ou dans la moitié antérieure, ou dans la moitié postérieure de cette membrane et ne les envahit qu'exceptionnellement en même temps.

J'ai vu des cas où des ulcérations accidentelles de la cornée, survenues dans des yeux glaucômateux, ont été suivies de leucômes épais, de fongosités de l'iris et d'hémorrhagies des membranes internes se faisant jour par la lésion de continuité de la cornée. Dans un cas de cette nature j'ai eu beaucoup de peine à empêcher le retour de l'hémorrhagie et à obtenir la cicatrisation; j'y ai cependant réussi par le traitement antiphlogistique, dérivatif et général, en y joignant plus tard l'application du laudanum de Sydenham sur l'ulcération et sur l'iris et finalement de légères cautérisations de l'iris, mis à nu et recouvert d'un champignon fougueux, avec le nitrate d'argent en substance.

§ XV. De la cataracte lenticulaire verte opérable.

Quelques médecins ont donné le nom de *cataracte verte*, les uns au glaucôme, les autres à la cataracte glaucômateuse (Voir le § XIV). Cette

dénomination est vicieuse pour l'une et l'autre maladie et devrait être réservée, selon nous, à la *cataracte lenticulaire verte opérable* qui n'a été décrite par aucun auteur avant nous (ouvrage cité page 501). C'est une cataracte lenticulaire dure, ne se distinguant des autres cataractes de cette espèce que par sa teinte verte plus ou moins foncée et présentant tous leurs autres caractères, savoir : opacité convexe, placée à une certaine distance du plan de l'iris, mais non dans le fond de l'œil, comme dans le glaucôme, ni aussi près de l'iris que dans la cataracte glaucômateuse ; pupille très-mobile, ombre portée de l'iris fortement prononcée ; vision diminuée en raison directe de l'opacité du cristallin et beaucoup meilleure à une demi-obscurité qu'au grand jour, etc., etc. Cette cataracte est facile à abaisser ; quand on l'extrait ou quand on a occasion d'en faire la dissection, on ne la trouve nullement verte, mais d'une teinte jaune d'ambre foncée, quelquefois orangée ou un peu rougeâtre et encore assez diaphane dans son pourtour pour laisser parvenir des rayons lumineux au fond de l'œil. La teinte verte qu'elle présente dans l'intérieur de l'œil ne s'explique que par le mélange de cette couleur jaune du cristallin avec la teinte foncée naturelle de la choroïde.

Toutes les fois que cette cataracte a une teinte verte très-prononcée et très-pure, elle est extrêmement dure. Lorsque, au contraire, elle est entourée d'une couche corticale un peu molle, sa couleur verte présente un mélange d'une nuance grisâtre plus ou moins foncée.

§ XVI. Diagnostic différentiel.

Le glaucôme étant une maladie entièrement incurable, certaines personnes pourraient demander à quoi sert de s'en occuper autant, et quelle importance on peut attacher à son diagnostic. Cette importance, au contraire, est très-grande; un diagnostic juste nous empêche de confondre la maladie, d'un côté avec des affections opérables, comme certaines espèces de cataractes, et d'aggraver, sans chance de succès, la position du malade. D'autre part, un bon diagnostic nous empêche encore de confondre le glaucôme avec des maladies beaucoup plus graves, comme par exemple l'encéphaloïde de la rétine, dont l'existence supposée pourrait faire inutilement proposer et exécuter l'extirpation du globe oculaire. Et serait-ce peu de chose que d'avoir du premier coup d'œil reconnu la nature du mal et son incurabilité, d'avoir soulagé les souffrances du malade, et de l'avoir empêché, surtout s'il appartient à cette classe si intéressante et si

infortunée qui vit au jour le jour, d'épuiser ses faibles ressources par des traitements coûteux et inutiles, dont quelques-uns finissent quelquefois par altérer la santé la plus robuste ? N'est-ce rien que d'avoir indiqué de bonne heure à l'indigent si digne de toute votre active sympathie, les démarches si longues et si difficiles qui lui sont imposées pour arriver au seul asile qui lui reste, je veux dire, pour obtenir une place dans l'un de ces établissements, qui ne peuvent recevoir qu'un si petit nombre de malheureux incurables et aveugles? Des charlatans cupides et ignorants, se vantant d'ailleurs de guérir des glaucômes, et des médecins de mérite même ayant souvent méconnu cette maladie et la cataracte glaucômateuse, affections dans lesquelles l'opération nous a été demandée assez souvent par des confrères distingués et honorables, comme s'il se fût agi d'une simple cataracte : nous croyons bien faire de tracer ici un exposé rapide, mais suffisant du diagnostic différentiel du glaucôme et des affections qu'on pourrait confondre avec lui.

Nous demandons pardon à nos lecteurs, de quelques répétitions que nous sommes forcé de faire dans l'intérêt de la clarté.

I. Nous commencerons par *l'amaurose pure et simple*, sur des yeux à cristallin incolore, où la pupille est noire ou présente tout au plus dans son fond un léger trouble grisâtre, comme une espèce de fumée. Il n'y a pas de symptômes de désorganisation des membranes internes consécutive à l'inflammation de la choroïde, tels que : varicosités de la conjonctive, teinte plombée de la sclérotique, etc., etc. L'abolition de la vision est le seul symptôme pathognomonique, l'immobilité et la dilatation de la pupille pouvant même manquer. Nous verrons plus tard (même § n° VII, *amaurose opalescente*) que la coloration jaune du cristallin fait varier un peu les symptômes.

II. On peut désigner du nom *d'amaurose glaucômateuse* les amauroses dans lesquelles quelques-uns des symptômes de désorganisation des membranes internes, et un commencement d'opacité verdâtre et concave du fond de l'œil viennent se joindre à ceux de l'amaurose simple. Ce ne seraient au fond que des *glaucômes commençants*.

III. Dans le *glaucôme bien caractérisé ou complet*, l'opacité est profonde et concave ; elle occupe la même place que dans l'hydropisie sous-choroïdienne et dans l'encéphaloïde de la rétine, mais elle conserve dans toutes ses périodes le même degré de profondeur et de concavité, tant que le cristallin ne commence pas à s'affecter. En regardant l'œil de profil on ne voit aucune trace d'opacité dans la pupille. La couleur de l'opacité, malgré les variations et le mélange

de jaune qu'elle peut présenter, est toujours principalement composée d'un vert plus ou moins foncé, vert de mer ou vert de bouteille. Cette teinte est assez uniforme, sans stries ni points plus foncés, plus clairs ou autrement colorés, et ne s'éclaircit que peu vers la circonférence. L'opacité est lisse, sans la moindre trace d'élévation, de creux, de bosselures ou de mamelons; jamais on n'y reconnaît le moindre rameau vasculaire. Sa couleur, dans les différentes périodes de la maladie, varie aussi peu que sa profondeur et sa concavité, tant que celle-ci n'envahit pas le cristallin. L'opacité, très-étendue et semblant en général occuper tout l'hémisphère postérieur de l'œil, a cependant quelque chose de diffus et de vague; ses limites ne semblent pas très-nettement tracées et elles se perdent insensiblement en avant. Selon les positions que prend l'observateur, elle se présente plus foncée sur un côté que sur l'autre, mais sans changer de place, sans reflet chatoyant et resplendissant, ni fluctuation ou mouvement d'oscillation. Le point jaunâtre qu'on observe dans le *reflet particulier du cristallin jaune*, (que nous allons décrire plus bas), se voit encore d'ordinaire ici où il se promène sur l'opacité du fond de l'œil, selon qu'on change de place. C'est lui qui communique quelquefois à la couleur verte de l'opacité, ce mélange d'une teinte jaunâtre dont nous avons parlé; cela a lieu dans le cas où le noyau du cristallin est très-jaune, surtout si, par contre, la choroïde n'est pas très-fortement décolorée. Ce point ou cette tâche jaunâtre peut aussi donner une teinte plus jaune au côté de l'opacité, où il se trouve momentanément. Il ne disparaît qu'à mesure que le cristallin perd de sa transparence. L'image de l'observateur occupe dans le glaucôme la même place qu'à l'état normal; les trois images de la flamme d'une bougie s'y trouvent comme dans l'œil sain ou amaurotique.

La perception lumineuse, dans le glaucôme arrivé à son plus haut degré de développement, est complétement abolie. Dans toutes les périodes de la maladie, il y a disproportion entre le degré de l'abolition ou de la diminution de la faculté visuelle, et celui de l'opacité apparente, cette dernière étant en général vague et peu prononcée, plutôt une coloration qu'une opacité, et pouvant d'ailleurs se montrer à peine, lorsque déjà la lumière n'est plus aucunement perçue. Quelle que soit la position du malade affecté de glaucôme, même commençant, ou de son œil, la vue n'en éprouve aucun bénéfice; pourvu qu'on lui donne une clarté suffisante et non éblouissante, sa vision est toujours la même, que la lumière vienne de côté, de face, ou par derrière.

La choroïdite ou la congestion choroïdienne et leurs causes précèdent le glaucôme. Je n'ai pas vu un seul glaucôme avant l'âge de 40 ans environ, ou, pour mieux dire avant l'âge qui chez les femmes correspond à l'âge critique (car j'ai vu deux ou trois personnes du sexe être frappées de glaucôme vers l'âge de 38 à 39 ans, à la suite de cessation prématurée des menstrues). On peut donc dire que le glaucôme ne se montre point avant l'âge critique des deux sexes, tandis que la cataracte appartient à tous les âges.

IV. Dans la *choroïdite*, les signes de désorganisation de la choroïde et de l'iris manquent, les vaisseaux commencent à s'élargir et à devenir tortueux sans être véritablement variqueux, et la teinte verte du fond de l'œil n'existe point, ou ne se montre qu'à un léger degré et passagèrement. Les symptômes inflammatoires sont d'ailleurs très-marqués. Dès que l'opacité verte du fond de l'œil, et les signes de désorganisation des membranes internes deviennent très-prononcés et permanents, il faut, malgré la persistance des symptômes phlegmasiques, regarder la maladie comme un glaucôme commençant et porter le pronostic le plus défavorable.

V. Dans la *cataracte glaucômateuse*, quand on peut l'observer dès son début, la marche de la maladie varie et elle peut se présenter de différentes manières.

1° *Le glaucôme est formé et la cataracte y succède.* La cécité a préexisté à la cataracte. Alors la concavité et la profondeur de l'opacité diminuent peu à peu, elle s'avance vers la partie antérieure du fond de l'œil et devient moins convexe, dans une progression cependant différente, selon que l'opacité de ce corps débute dans sa substance corticale postérieure ou antérieure, dans son noyau ou dans toute sa substance. Si c'est dans la substance corticale postérieure, alors la concavité persiste plus longtemps, mais semble successivement former le segment d'une sphère plus petite située plus en avant; la cataracte glaucômateuse débute rarement ainsi. Dès que le noyau ou toute la substance cristallinienne perd de sa transparence, l'opacité devient un peu convexe ou légèrement applatie en avant, et on ne voit plus sa concavité que dans la profondeur et derrière un nuage gris verdâtre, et occupant un plan antérieur. La teinte verte de l'opacité peut aussi devenir un peu plus grisâtre, lorsque la substance corticale plus ou moins claire et incolore s'obscurcit à un certain dégré avant le noyau jaune. Mais il est rare de pouvoir ainsi observer pas à pas l'opacité naissante du cristallin sur un glaucôme tout formé, la cataracte glaucômateuse se dévelop-

pant le plus souvent en même temps avec le glaucôme, et rendant ainsi le diagnostic plus difficile, ou marchant très-rapidement, lors qu'elle survient après que le glaucôme est complet.

2° *La cataracte et le glaucôme se développent en même temps.* Alors il faut un observateur très-exercé, pour reconnaître la présence simultanée des deux maladies, et en observer la marche, à cause du trouble du cristallin, léger et uniforme dans le commencement, plus prononcé dans une période plus avancée, mais masquant toujours plus ou moins les symptômes du glaucôme. La vision alors subit les mêmes changements que dans le glaucôme.

3° *Enfin la cataracte glaucômateuse peut être complète, lorsqu'on la voit pour la première fois.* Alors on reconnaît une cataracte plus ou moins volumineuse, tantôt demi-dure et d'une teinte gris verdâtre, tantôt molle et d'une teinte blanchâtre et aqueuse, mais toujours accompagnée d'une abolition complète de la perception lumineuse, et de tous les symptômes d'altération des membranes oculaires que nous avons décrites en détail comme appartenant au glaucôme. La cataracte glaucômateuse est d'ailleurs, comme le glaucôme, très-fréquemment accompagnée ou précédée de symptômes de congestion cérébro-oculaire, et la vision, comme nous venons de le dire, est complétement nulle.

Comme le glaucôme, la cataracte glaucômateuse est précédée de congestion ou de phlegmasie choroïdienne et de ses causes; elle se montre au même âge que lui.

VI. Ce que j'ai décrit dans mon Traité de l'ophthalmie, etc. (p. 512) sous le nom de *reflet particulier du cristallin* est le même phénomène que MM. Fréd. Jaeger, Chelius, et d'autres ophthalmologistes regardent, d'après Beer, comme le résultat d'un *manque de pigmentum* de la choroïde, et ce que M. Mackenzie appelle *le glaucôme chronique commun* ou *glaucôme lenticulaire*. Ce n'est rien autre chose que le reflet que le cristallin transparent, presque toujours devenu jaune, au moins dans son noyau, après l'âge de 40 ans environ, jette sur le fond de l'œil. C'est une tache tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre, quelquefois même un peu verdâtre, pâle, d'un jaune d'autant plus foncé que le cristallin lui-même est plus jaune, plus ou moins grande, concave, qui se dessine sur le fond de l'œil, et change de place à mesure que l'observateur se déplace lui-même, et que l'œil du malade se meut, absolument comme cela se ferait avec le foyer d'une loupe mobile, qu'on promènerait au-dessus d'un fond opaque ou qu'on ferait tourner de côté et d'autre, en se déplaçant soi-même.

Ainsi cette tache à peu près circulaire est vue à gauche, quand la tête de l'observateur se porte à droite, en bas quand on regarde de haut en bas, en plaçant l'œil au-dessus de celui du malade, etc., etc.; deux observateurs placés sur deux côtés différents ne voient pas ce reflet dans le même endroit. La mobilité même de cette tache ou de ce reflet, qui peut quelquefois prendre une plus grande étendue, et être entourée d'une auréole plus pâle et de la même couleur, mais qui toujours n'occupe qu'une partie du fond de l'œil, (tandis que le glaucôme l'occupe en entier), est suffisante pour la distinguer parfaitement du glaucôme et de la cataracte. La faculté visuelle ne subit pas la plus légère atteinte, à moins d'une complication avec un commencement de cette dernière maladie ou d'amaurose, facile à reconnaître à ses symptômes. Ce reflet ne peut d'ailleurs être confondu avec l'opacité du cristallin, à cause de sa profondeur et de sa mobilité, et parceque dans la cataracte complète il disparaît tout à fait, et que dans la cataracte commençante il perd son brillant, et diminue d'étendue en raison directe de l'opacité du cristallin. L'image de l'observateur est beaucoup plus superficielle dans la cataracte que dans les yeux qui présentent ce reflet, où elle occupe le même plan que dans les yeux sains. Quelques symptômes que M. Mackenzie attribue au glaucôme chronique commun, appartiennent à ce reflet compliqué d'un léger commencement d'opacité cristallinienne, ce qui explique parfaitement comment cet excellent observateur, ophthalmologiste si justement célèbre, a pu assurer, en opposition avec tout ce qui avait été dit jusqu'à lui, que l'extraction du cristallin dans le glaucôme améliore la vision. Ce reflet, mobile comme nous l'avons déjà dit, peut persister dans le glaucôme véritable, tant que le cristallin reste transparent; le diagnostic n'en souffre aucune difficulté. Il peut quelquefois devenir peu apparent, et se confondre dans la teinte vert foncé du fond de l'œil.

Le reflet particulier du cristallin est blanchâtre, plus pâle, souvent même nul ou fort peu apparent avant l'âge de quarante ans environ. Plus tard il est plus apparent, et prend presque sans exception une teinte plus ou moins jaunâtre.

VII. *L'amaurose opaline* ou *opalescente* de MM. Carron du Villards et de Walther n'est rien autre chose qu'une amaurose ordinaire compliquée, comme l'est toujours l'amaurose, du reflet particulier dont nous venons de parler, plus marqué dans ces cas par une teinte jaune accidentellement plus foncée du cristallin ou de son noyau. Elle se dis-

tingue du reflet pur et simple par les symptômes de l'amaurose, la teinte jaune du cristallin et le reflet qui l'accompagne n'altérant en rien par eux-mêmes la netteté de la vision et la mobilité de la pupille. Peut-être aussi que dans quelques uns des cas désignés du mot *d'amaurose opalescente* par M. Carron du Villards, il y a eu un commencement d'hydrophthalmie sous-choroïdienne; je ne saurais le dire, ne sachant point où a été publié ce travail que je ne connais que par la citation de M. de Walther.

Cette espèce d'amaurose ne se montre qu'après l'âge d'environ 40 ans.

VIII. *La cataracte lenticulaire corticale postérieure*, maladie extrêmement fréquente qu'on peut regarder comme une espèce de déhiscence superficielle ou de desquammation des couches superficielles postérieures du cristallin devenues opaques, présente une opacité beaucoup moins profonde, moins concave et moins informe que le glaucôme, opacité située dans le plan des couches corticales postérieures du cristallin et caractérisée par des stries concaves plus ou moins larges, quelquefois d'une forme tout-à-fait irrégulière, mais représentant le plus souvent des triangles peu réguliers dont la base est dirigée vers la circonférence et dont les sommets convergent vers le centre. Ces stries ou bandes sont tantôt grisâtres et ternes, quand le noyau du cristallin est incolore; tantôt, quand ce noyau est jaune, elles paraissent d'un jaune quelquefois très-foncé, lisses et luisantes. Entre les stries ou à leur place peuvent se trouver de petites plaques ou des points opaques qui ont un aspect semblable sous le rapport de leur couleur et qui se présentent comme de petits amas de substance cristallinienne. La vision est diminuée en raison directe du degré et de l'étendue de l'opacité. Elle est meilleure latéralement, au demi-jour et après la dilatation de la pupille par les extraits mydriatiques. Cependant elle est beaucoup plus faible que dans les cataractes lenticulaires dures et même dans les cataractes lenticulaires corticales antérieures ou capsulaires antérieures de la même étendue. Cette cataracte ne se montre qu'à l'âge mûr.

IX. *La cataracte capsulaire postérieure*, présente à-peu-près le même aspect que la cataracte lenticulaire corticale postérieure. Ses stries sont plus irrégulières et ne présentent jamais ces triangles convergents vers le centre dont nous avons parlé. Elles sont plus circonscrites, plus brusquement coupées sur leurs bords, d'une teinte blanc-crétacé ou d'un éclat nacré ou métallique, plus ou moins élevées, en relief à leur surface antérieure, entremêlées de sillons creusés dans la

substance de la capsule; au lieu de stries il y a quelquefois des points ou plaques présentant un aspect semblable. Cette maladie est extrêmement rare; je ne puis pas dire avec certitude en avoir vu six cas dans toute ma pratique, et mes nombreuses dissections de cataractes qui montent bien au-dessus d'une centaine ne m'ont pas montré une seule cataracte capsulaire postérieure. Si elle existe, elle est donc une des maladies les plus rares; presque tous les chirurgiens et ophthalmologistes la confondent avec la cataracte lenticulaire corticale postérieure. La vision présente les mêmes altérations que dans les cataractes lenticulaires postérieures de la même étendue. Cette cataracte se développe par suite d'une inflammation chronique dans la membrane affectée et les parties voisines de l'œil.

X. Dans la *cataracte lenticulaire verte simple et opérable*, le cristallin est opaque, d'une teinte vert de bouteille ou vert grisâtre, gris d'acier mêlé de vert, ayant quelquefois une tache jaunâtre très-visible à son centre. Le diagnostic est très-facile par la présence de tous les caractères d'une cataracte lenticulaire simple, très-dure, visible même quand on examine l'œil de profil, savoir : opacité légèrement convexe et infiniment plus rapprochée de la pupille que celle du glaucôme, mais plus applatie et plus éloignée de l'ouverture pupillaire que celle de la cataracte lenticulaire molle; ombre portée de l'iris et nettement dessinée; pupille très-mobile, se contractant beaucoup à la lumière et se dilatant largement à l'obscurité; vision proportionnée au degré de l'opacité, mais beaucoup meilleure que dans les cataractes molles et s'améliorant toujours notablement à un demi jour. L'inspection de l'œil, de profil, montre la pupille opaque, et verte ou gris-verdâtre. Si quelquefois cette cataracte est moins dure et plus volumineuse, l'absence des autres caractères du glaucôme assure le diagnostic.

Cette cataracte encore, due à la teinte jaune d'ambre du cristallin, ne se présente que sur des personnes qui approchent de la quarantaine ou l'ont dépassée.

XI. *La cataracte lenticulaire commune ou ordinaire*, d'une teinte grisâtre, ne peut être confondue avec le glaucôme, ni avec la cataracte glaucômateuse. Quand elle est molle et que la pupille est peu mobile, la vision peut être presque nulle et la perception lumineuse abolie. Dans ces cas il est quelquefois difficile de distinguer ces cataractes d'une cataracte compliquée d'amaurose, mais au moins l'absence des altérations des membranes oculaires que nous avons signalées dans la symptamotologie du glaucôme, prouve la non-existence d'une altération

organique de la choroïde, et la maladie peut se borner à une lésion de fonction de la rétine. L'opération dans ces cas, n'a pas les dangers qu'elle présente dans la cataracte glaucômateuse, et le malade au moins n'a pas les mêmes chances de perdre par l'opération. Il y a une autre raison pour tenter l'opération : c'est qu'on n'a pas rarement pris des cataractes très-molles pour des cataractes compliquées d'amaurose non organique, à cause de la dilatation et de l'immobilité de la pupille, et de l'absence complète ou presque complète de la perception lumineuse. J'ai plusieurs fois opéré avec succès des cataractes pareilles, qui m'avaient été présentées par des confrères comme compliquées d'amaurose.

XII. Dans *l'encéphaloïde de la rétine* (*fongus médullaire de la rétine, œil de chat amaurotique*), l'opacité est concave et profonde dans son début, comme dans le glaucôme ; mais elle a une teinte bien différente, jaunâtre, sans le moindre mélange de vert. L'opacité est inégale, rugueuse, bosselée à sa surface qui présente des lobes mamelonnés évidents dans le plus grand nombre de cas; la surface de l'opacité apparente dans le glaucôme est au contraire lisse et uniforme. Dans l'encéphaloïde de la rétine on voit souvent des vaisseaux injectés, peu nombreux, minces, droits ou flexueux, simples ou anastamosés, ramper à la surface concave de l'opacité, laquelle dans certaines positions, surtout pendant les mouvements de l'œil et à un demi jour, projette un éclat métallique et luisant, semblable à celui du reflecteur d'un reverbèré, reflet luisant qui manque dans d'autres positions du globe, pendant son immobilité et à une lumière très-vive, où la couleur de l'opacité est terne, d'ordinaire jaune d'ocre plus ou moins foncée. Ce changement de couleur, ce reflet chatoyant qui a fait donner à cette maladie le nom *d'œil de chat amaurotique*, manque entièrement dans le glaucôme où l'on ne trouve que le reflet mobile ordinaire produit par le cristallin jaune. Dans l'encéphaloïde de la rétine comme dans le glaucôme, il n'y a rien qui ressemble à un mouvement de fluctuation ou d'oscillation de l'intérieur de l'œil, comme dans l'hydropisie sous-choroïdienne. Dans cette dernière affection comme dans l'encéphaloïde de la rétine, la maladie commence dans le fond de l'œil et, à mesure qu'elle marche, s'étend en avant, en conservant longtemps sa concavité, bien que celle-ci diminue dans son diamètre antéro-postérieur et devienne moins profonde, en s'approchant de plus en plus et souvent très-considérablement de la chambre postérieure. Dans le glaucôme l'opacité apparente peut conserver sa profondeur et sa concavité pendant

toute la durée de la maladie, et dès qu'elle paraît s'étendre en avant par la formation d'une cataracte glaucômateuse, cela ne se fait point par un accroissement réel et successif de la surface opaque, concave et profonde, mais par la formation d'une seconde surface opaque, aplatie ou légèrement convexe et située bien plus en avant dans l'espace qui correspond au siége anatomique du cristallin.

L'encéphaloïde de la rétine n'est pas précédé de symptômes inflammatoires ou congestifs dans la choroïde ni de phénomènes de désorganisation de cette membrane. La vision, ainsi que la mobilité de la pupille, peuvent dans le début rester intactes ; quelquefois tous les deux, dans une période avancée, conservent leur intégrité à un degré vraiment étonnant, tant qu'une portion de la rétine n'est point encore envahie par la dégénérescence. Nous savons peu de chose sur les causes de cette terrible maladie ; quelquefois elle succède à une conjonctivo-sclérotite légère en apparence ou à une ophthalmie traumatique. La grande majorité des personnes affectées sont des enfants, plus fréquemment du sexe masculin, et presque sans exception des individus d'une constitution lymphatique ou scrofuleuse.

XIII. *L'hydropisie sous-choroïdienne* enfin, dernière maladie qu'on peut confondre quelquefois avec le glaucôme, présente à son début une opacité striée et jaunâtre, semblable d'abord sous quelques rapports à la cataracte corticale postérieure ; mais les stries, évidemment élevées et formant de véritables plis de la rétine, d'abord difficiles à reconnaître comme tels, n'ont pas la forme de triangles convergents vers le centre que présente cette cataracte. Elles sont toujours de couleur jaunâtre, et présentent souvent dès leur début le mouvement dont nous allons parler à l'instant. Placées sur une surface beaucoup plus profonde que celle de la limite postérieure du cristallin, elles correspondent par leur position au siége anatomique de la rétine. A mesure que la maladie augmente, les stries deviennent plus larges, plus élevés, formant des plis et une saillie plus évidents, en même temps que le mouvement qu'elles présentent devient plus manifeste. A chaque déplacement du globe oculaire on voit s'opérer dans chaque pli ou au moins dans les plis les plus élevés, un tremblottement, un mouvement d'oscillation, indiquant clairement la fluctuation d'un liquide épanché entre la choroïde et la rétine soulevée. Avec le progrès de la maladie, ces plis deviennent plus nombreux, plus larges et plus saillants. Ils se développent tout autour du centre dans lequel il reste comme une espèce de creux ou

de concavité à laquelle s'adossent ces élévations, convexes en avant. Lorsque ces convexités deviennent très-considérables, la fluctuation cesse, à cause de la trop grande quantité du liquide et de la trop forte distension de la rétine. A peu près vers le même temps le creux ou la concavité du centre s'efface également. Dans le glaucôme il ne se montre rien de semblable à ce mouvement de fluctuation, et aux autres symptômes d'hydropisie sous-choroïdienne que nous venons de tracer sommairement, et qu'aucun auteur n'avait décrits avant nous avec quelque exactitude et avec des détails suffisants.

Quelquefois des vaisseaux injectés, semblables à ceux qu'on voit dans l'encéphaloïde de la rétine, sillonnent la surface opaque. Au lieu de stries multiples ou de plusieurs élévations considérables groupées autour du centre, on n'en voit parfois qu'une seule, très-volumineuse, placée sur le côté externe ou interne du fond de l'œil, d'une teinte gris-verdâtre ou gris-jaunâtre, variable selon sa position et douée d'un certain reflet, mais non châtoyante, montrant à sa surface ou dans son intérieur un mouvement d'oscillation ou de fluctuation, tant que son volume n'est pas encore devenu trop considérable.

Quand la surface de cette élévation n'est parcourue d'aucun vaisseau, elle ressemble quelquefois d'une manière étonnante à une cataracte lenticulaire gris-verdâtre incomplètement abaissée et plongée dans la partie interne ou externe du fond de l'œil, tantôt immobile, tantôt paraissant plus ou moins tremblottante ou branlante, mais sans jamais flotter réellement ni quitter par sa base l'endroit où elle paraît adossée au fond de l'œil. Le diagnostic, difficile d'abord, comme dans toutes les opacités du fond de l'œil, pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'étudier de pareilles affections, est cependant assuré par le reflet de la tumeur et la variabilité de son aspect, caractères qui manquent entièrement dans la cataracte à demi-abaissée, par les circonstances que la base de la tumeur ne quitte jamais la place où elle est adossée, que la partie voisine du fond de l'œil est gris-blanchâtre dans une étendue plus ou moins considérable, que des lunettes à cataracte n'amendent en rien la vision, qu'au contraire la maladie est toujours accompagnée d'une cécité amaurotique plus ou moins avancée ou complète, comme dans l'hydropisie sous-choroïdienne en général. Dans le commencement de cette maladie on a observé toujours les symptômes physiologiques d'une amaurose congestive commençante ; le phénomène de la *vision latérale*, est surtout bien marqué. C'est par les points où la rétine est soulevée, que le malade ne perçoit plus la lumière, tandis que par la partie saine

de cette membrane il apperçoit encore les objets, en les plaçant latéralement et en les mettant en rapport avec elle par des mouvements fort extraordinaires et très-bizarres de tournoiement de la tête.

J'ai observé l'hydropisie sous-choroïdienne sur des enfants et sur des adultes, mais plus fréquemment sur ces derniers parvenus à un âge voisin de l'âge critique. Des symptômes de congestion cérébro-oculaire la précèdent le plus souvent; quelquefois cette congestion est sourde ou manque; jamais je n'ai pu reconnaître des traces ou des symptômes de véritable choroïdite, même chronique. C'est la membrane séreuse sous-choroïdienne (membrane de Jacob) qui semble seule s'enflammer.

Dans un cas rare d'hydropisie sous-choroïdienne, survenue d'une manière subaiguë sur un enfant, et arrivée à son plus haut degré, j'ai vu toute la rétine soulevée sans trace de creux central, présenter une fluctuation si marquée et si étendue qu'on croyait voir tout le corps vitré tourner autour de son axe vertical. N'ayant cependant vu cet enfant qu'une seule fois, il y a quinze ans environ, à une époque où je connaissais peu l'hydropisie sous-choroïdienne, et n'avais point encore fait une seule dissection d'un œil affecté de cette maladie, et cet œil ayant en même temps présenté un reflet brillant et châtoyant des plus marqués, et vraiment éblouissant, je ne sais point, si je n'avais pas plutôt affaire à un encéphaloïde de la rétine, et si le mouvement de tournoiement de l'intérieur de l'œil n'était pas plutôt une illusion optique qu'une réalité.

Dans une période plus avancée de l'hydropisie sous-choroïdienne et de l'encéphaloïde de la rétine, après que l'opacité concave s'est insensiblement élevée et étendue en avant et a amené la compression et la résorption du corps vitré, elle paraît adossée immédiatement à la surface postérieure du cristallin; mais les autres caractères pathognomoniques assurent encore le diagnostic pour l'observateur exercé, lors même qu'il n'a pas vu le malade dans les périodes précédentes. Arrivée à ce degré la tumeur ou l'épanchement en comprimant, en luxant pour ainsi dire, et en déchâtonnant le cristallin, le rend opaque et empêche ultérieurement le diagnostic, à moins que des données positives ne soient apportées sur le début et la marche de la maladie, ou que l'augmentation du volume ou de la consistance du globe, ses bosselures plombées ou bleuâtres, les vaisseaux variqueux qui sillonnent la conjonctive et la sclérotique, et l'immobilité et l'irrégularité de la pupille, jointes à l'absence complète de la perception

lumineuse et à des douleurs lancinantes dans le globe de l'œil et le voisinage, (symptômes qui n'existent pas toujours ensemble,) ne montrent qu'on n'a pas affaire à une simple cataracte. Ceux de ces symptômes qui existent ne se développent que dans les dernières périodes de l'encéphaloïde de la rétine et de l'hydropisie sous-choroïdienne ; dans le glaucôme, au contraire, ils précèdent de plus ou moins longtemps, ou ils accompagnent dès son apparition l'opacité verdâtre du fond de l'œil.

§ XVII. Observations de plusieurs cas d'opérations de cataractes glaucômateuses et d'une cataracte non glaucômateuse, mais analogue a celles-ci par la désorganisation commençante de la choroïde.

Obs. I. — *Cataracte glaucômateuse, traumatique, opérée à la demande expresse du malade. Extraction du cristallin suivie d'hémorrhagie considérable et de l'expulsion de la rétine notablement altérée. Phthisie de l'œil nécessitant l'application d'un œil artificiel.*

Marie-Louis T., serrurier, âgé de 48 ans, se présente à notre clinique le 10 février 1837. Le malade, d'une constitution robuste et sanguine, ayant les iris bruns, n'a jamais eu de maladies antérieures, ni rhumatisme, ni hémorrhoïdes, ni affections scrofuleuses, dartreuses, ou syphilitiques. Il a reçu un coup de barre de fer sur l'œil gauche, il y a deux mois ; c'est depuis cette époque que l'œil a commencé à s'affecter (sans doute d'une choroïdite traumatique.)

Injection variqueuse de la conjonctive et de la sclérotique ; cercle veineux qui entoure toute la cornée. Chambre antérieure effacée par le cristallin énormement gonflé. L'iris a tout-à-fait disparu dans sa moitié inférieure. En haut il en reste une limbe étroit, avec le bord de l'uvée renversé en avant, surface antérieure du cristallin très-convexe, touchant presque à la surface postérieure de la cornée, et déhiscente en un grand nombre de fragments. Ce corps, devenu semi-opaque, représente une belle étoile à un grand nombre de rayons, il a une teinte grisâtre, aqueuse, nacrée et montre dans son centre un noyau coloré en jaune d'ambre et se terminant sur ses côtés en plusieurs stries rayonnantes. *De cet œil le malade ne perçoit que la lumière du jour.* Il éprouve des visions lumineuses, des élançements dans l'œil et presque continuellement des douleurs de tête siégeant surtout dans le front à gauche et s'étendant jusque dans la tempe. Ces douleurs sont particulièrement violentes pendant la nuit. Il a été saigné ; on lui a appliqué des sangsues à l'anus, aux malléoles, un vésicatoire au bras. Les saignées l'ont momentanément soulagé.

(Nous ordonnons 20 sangsues au-devant de l'oreille, un purgatif salin, le calomel et l'opium et des frictions d'onguent napolitain laudanisé.)

Le 12 février, les douleurs ont diminué de beaucoup.

(Continuer les frictions, 15 sangsues à l'anus, teinture de semences de colchique à la dose de 15 gouttes soir et matin, dans de l'eau gommée.)

Le 20 février. Les douleurs ont presque entièrement disparu. Chose remarquable, *actuellement de cet œil, le malade distingue les doigts qu'on lui présente.*

(Continuer les frictions 3 fois par jour, un vésicatoire à la nuque, continuer la teinture de semences de colchique.)

Le 27 février. Les douleurs se circonscrivent tout-à-fait à l'endroit où le malade a reçu le coup.

(Frictions d'opium trois fois par jour; pilules d'aloës.)

Le 6 mars. (Un vésicatoire à la nuque.)

Le 15 mars. Aujourd'hui en examinant le côté externe, postérieur et supérieur de la sclérotique, nous découvrons, à un peu plus de trois lignes du bord cornéen, un staphylôme de la choroïde, grand comme une petite lentille, d'une couleur bleuâtre, qui nous avait échappé jusqu'ici. *La vue diminue*, bien que les douleurs aient presque cessé.

Le 27 mars. Le noyau du cristallin est devenu tout-à-fait opaque et d'un jaune foncé, tandis que les couches corticales antérieures sont restées semi-diaphanes et déhiscentes ; ce qui donne un aspect particulier à la cataracte. On voit le noyau du cristallin comme à travers un verre mât ; le malade se plaint d'un léger trouble de la vision de l'œil droit. Point de douleurs.

(Continuer les frictions et le colchique).

Le 12 mai. Les douleurs ne sont pas revenues. Le malade dit avoir gagné sous le rapport de la faculté visuelle. Les stries étoilées derrière la cornée on disparu. En exagérant beaucoup le degré de vision qu'il a conservé, le malade exprime continuellement le désir d'être opéré. Sur ses instances réitérées et après lui avoir fait inutilement et à plusieurs reprises l'observation qu'il pourrait souffrir beaucoup, et même perdre l'œil par l'opération, nous nous décidons à faire l'extraction de cette cataracte glaucômateuse traumatique, le 12 mai 1837. La section de la cornée est faite avec le couteau de Beer, et avec beaucoup de précaution. En incisant on ponctionne en même temps la capsule à cause du gonflement du cristallin ; à peine le lambeau est-il taillé, qu'une portion du corps vitré s'échappe de la plaie. On fait fermer

l'œil. Le cristallin reste immobile en place. Les lèvres de la plaie cornéale sont maintenues, écartées par une partie du corps vitré qui fait procidence entre elles. On introduit le kistitôme de Jaeger (une simple aiguille en fer de lance), pour mieux déchirer la capsule, après quoi on se sert de la curette pour extraire avec la plus grande précaution le cristallin. Il est assez volumineux, son centre est jaune d'ambre, ses couches externes sont opalines, sa surface est un peu déhiscente. Immédiatement après avoir extrait le cristallin, on s'assure de l'aspect du fond de l'œil qui présente une teinte rouge jaunâtre. Mais pendant qu'on est encore occupé à l'examiner, il s'échappe de la plaie un petit flot de sang. Le malade est aussitôt couché; l'hémorrhagie continue de nouveau, lorsqu'il se trouve placé tranquillement et horizontalement au lit. On écarte doucement les paupières et on trouve entre les lèvres de la plaie de la cornée, un caillot de sang qu'on saisit avec la pince, et qu'on retire lentement et avec beaucoup de soin; il semble contenir un tissu membraneux. Placé dans de l'eau où il se déploie, il est reconnu comme composé de sang coagulé et de la plus grande partie de la rétine désorganisée, savoir : d'une membrane fine, extrêmement mince, jaune grisâtre, exempte de toute structure celluleuse, légèrement plissée ou ridée, flottante, se ridant et se déplissant tour à tour, (comme le fait la rétine placée dans l'eau), et présentant à sa surface antérieure un grand nombre de taches noirâtres, mélanotiques, circonscrites, irrégulièrement arrondies, en partie un peu élevées, comme on les trouve si souvent dans la rétine, quand la structure de cette membrane et de la choroïde est altérée. Le malade ne s'est guère plaint de douleur, lorsqu'on a retiré cette membrane, qui cependant n'est pas complétement détachée au moment où on l'extrait des lèvres de la plaie. Il se forme de nouveau une espèce de vésicule ou ampoule sanguinolente entre les lèvres de la plaie qu'on retire encore une fois. Il s'échappe de nouveau, *de l'intérieur de l'œil un jet de sang*, qui semble fourni par une artère; les chambres de l'œil sont remplies de sang. On ferme les paupières à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Il n'y a pas de réaction inflammatoire, le lambeau reste un peu écarté par une tumeur rouge, une espèce de caillot, formée peut-être par des cellules hyaloïdiennes remplies de sang, s'interposant entre lui et le bord correspondant de la cornée. J'emploie pendant quelques heures une compression douce sur les paupières, mais sans résultat. (Fomentations froides.)

Le 17 mai, j'enlève à l'aide d'une pince et d'une douce traction,

une partie du caillot qui empêche le rapprochement des lèvres ; dans la nuit une légère hémorrhagie a lieu. Le lendemain la tumeur est un peu affaissée. Peu à peu elle s'affaisse davantage, les lèvres de la plaie s'affrontent et la cicatrisation se fait, mais avec un peu de suppuration et d'opacité du bord du lambeau. Le globe oculaire s'est complétement atrophié plus tard, et a fini par se réduire à un moignon peu volumineux, présentant les 4 sillons ordinaires dans les directions des quatre muscles droits. Le malade porte un œil artificiel.

Cette observation est extrêmement curieuse sous plus d'un rapport :

1° Elle prouve qu'une cataracte glaucômateuse, quand bien même, chose très-rare, elle s'est formée par suite d'une lésion traumatique, ne peut être opérée sans danger.

2° Le fait de la sortie de la rétine, après une opération d'extraction de cataracte, est à ma connaissance, unique dans les fastes de l'art. Beer a décrit comme une procidence de la rétine soulevée par du sang, la vésicule sanguinolente qu'on voit se présenter quelquefois après l'ablation du staphylôme de la cornée, surtout quand la choroïde est malade. Mais une dissection attentive, la structure celluleuse de cette vésicule enlevée à l'aide des ciseaux et la circonstance qu'après sa résection, elle peut se reproduire à plusieurs reprises dans le même endroit, (ce que la rétine enlevée ne pourrait point), prouvent suffisamment que la procidence est formée par le corps vitré et l'hyaloïde dont les cellules sont infiltrées par le sang épanché. Dans le cas que nous venons de rapporter, c'était bien la rétine désorganisée, reconnaissable à tous ses caractères anatomiques. Elle avait, sans aucun doute, été décollée et soulevée depuis longtemps par du sang sécrété dans le tissu de la choroïde malade. L'hémorrhagie choroïdienne survenue après l'opération, avait fini par la décoller entièrement et par l'expulser. Avant et surtout après l'expulsion de la rétine, des portions de coagulum sanguin, ou de corps vitré infiltrées de sang, bien distinctes de cette membrane par leur structure, avaient fait procidence. Il n'y a pas longtemps que j'ai vu une hémorrhagie semblable, mais sans décollement, ou au moins sans expulsion de la rétine, survenir après l'extraction d'une cataracte non glaucômateuse, mais compliquée d'inflammation chronique et d'un commencement de désorganisation de la choroïde. A cause de l'intérêt que pourra présenter la comparaison de cette observation, je l'insérerai dans l'un des prochains numéros des *Annales d'Oculistique*.

3° On voit également par l'observation que nous venons de rapporter,

qu'on ne doit pas baser un trop bon pronostic sur le retour, toujours passager, d'un certain degré de vision dans la cataracte glaucômateuse. Un cas que nous avons déjà mentionné sommairement et dont nous rapporterons plus tard l'observation détaillée, prouvera que dans le glaucôme aussi les améliorations ne sont que temporaires et fallacieuses.

(La troisième et dernière partie à la prochaine livraison.)

DE LA KOPIOPIE OU OPHTHALMOKOPIE,

OU RECHERCHES SUR LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE LA LASSITUDE OCULAIRE;

Mémoire présenté au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles,

Par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il est un état morbide de l'œil qui paraît avoir été complétement oublié par les nosographes et qui mérite cependant toute l'attention des hommes de l'art, en raison de sa fréquence et des conséquences graves qu'il entraîne; c'est la disposition de cet organe à ne pouvoir supporter aucun exercice prolongé, à se lasser par la moindre application et à devenir enfin plus ou moins inhabile à remplir les fonctions qui lui sont dévolues; c'est là une infirmité qui touche de près à la maladie et qui souvent y conduit, comme on le verra plus loin. J'ai imposé à cet état pathologique de l'appareil oculaire, la dénomination nouvelle de *ophthalmokopie*, de ὀφθαλμὸς, œil, et κοπιάω, se fatiguer, et de *kopiopie de* ὤψ, œil et κοπιάω, dérivé de κόπος, fatigue, lassitude (1).

J'examinerai successivement 1° l'état de la science à cet égard, 2° les données que peut fournir l'application de la théorie des analogues, 3° les causes et le mécanisme de l'ophthalmokopie, 4° les principes thérapeutiques qui découlent de ces prémisses et qui doivent gouverner la matière, etc.

(1) Quand on découvre un sujet nouveau de recherches, on est légitimement autorisé à créer des mots nouveaux, dont j'avoue d'ailleurs qu'il convient d'être toujours avare. Je ferai remarquer que je me suis conformé à la racine étymologique; *ophthalmokopie* est de la même famille que ophthalmoplégie, ophthalmoptose, ophthalmorrhagie, et *kopiopie* est de la même origine que myopie, amblyopie, hémiopie, diplopie, etc. J'ai cru devoir conserver le K radical comme dans kératotome, kératonyxis, kermès, kyste, kystitôme, etc.

§ I. De l'état actuel de la science a l'égard de la kopiopie.

Deux remarques m'ont frappé dès le début de mes recherches, c'est d'abord l'oubli dans lequel est restée la kopiopie ou pour mieux dire, l'état morbide que désigne cette expression particulière ; et en second lieu, c'est la confusion qui règne à propos des données éparses qui pourraient s'y rapporter dans les traités d'ophthalmologie où elles sont consignées dans des sections bien étrangères au sujet qui nous occupe ; il en résulte que si on pense découvrir quelque chose qui y ait trait, on doit se tenir en garde contre les erreurs thérapeutiques auxquelles a nécessairement conduit ce défaut de méthode.

L'expérience m'a démontré que l'ophthalmokopie ou la lassitude oculaire, est un état morbide assez commun dans le monde ; et cependant, on cherche en vain dans les traités d'oculistique un chapitre qui puisse éclairer le praticien sur ce point de pathologie. Je ne connais aucun écrivain qui jusqu'ici se soit occupé de la question que je soulève ; la science actuelle est donc jusqu'à ce jour d'une grande stérilité en ce genre, elle n'est pas faite encore ; ainsi c'est un sujet neuf et par là même long et difficile à traiter.

J'ai consulté plusieurs hommes de l'art et tous partagent l'opinion que je viens d'émettre sur le desiderata précité. En 1839, pendant mon *voyage en Souabe et dans le nord-est de la France*, dont j'ai publié la partie gynécologique (Voyez Annal. de gynécol. et de pédriatiq. juill. 1841.) je me suis empressé, lors de mon passage à Strasbourg, d'interroger l'expérience de M. Stœber ; sa connaissance étendue de la littérature allemande ne lui avait rien fait découvrir. Cette recherche me préoccupait depuis longtemps, et le silence des auteurs ne faisait qu'irriter le désir que j'avais d'approfondir cette question intéressante.

C'est donc une lacune qui reste à remplir ; il y a plus, les indications d'ailleurs incomplètes qu'on peut entrevoir dans les auteurs et rapporter à la kopiopie, se rencontrent dans des sections variées et sans rapport avec l'affection dont il s'agit. On regarde en général cet état morbide comme une forme d'amaurose, et en particulier comme une espèce d'amblyopie, surtout de celle qui est de nature irritative ; et cependant elle s'en distingue par des caractères spéciaux dans le principe ; seulement il faut remarquer qu'elle peut à la longue s'accompagner d'amaurose. Voici à peu près dans quel esprit raisonnent la plupart des auteurs : « La fatigue réside dans la rétine et cette membrane nerveuse se lasse parce que sa sensibilité est altérée, le

contact prolongé de la lumière la fatigue, comme n'étant plus en rapport parfait de sensibilité avec elle; ce phénomène s'observe surtout dans l'amblyopie congestive soit simple, soit irritative, soit éréthistique; la préexistence de la fluxion oculaire en est la cause et celle-ci augmente par l'exercice qui devient alors un travail pénible comme pour tout organe malade. Les impressions sensitives se dénaturent, la perception des images s'altère, et l'abord des rayons lumineux devient fatigant et douloureux, ainsi que cela a lieu dans l'état morbide pour tous les excitants naturels à l'égard de leurs appareils respectifs. Si la gêne ou la douleur qui survient alors ne sert pas d'avertissement utile, les choses ne s'arrêtent pas là ; la vitalité de la rétine n'est pas seule compromise; sa texture intime est modifiée et la lésion devient plus ou moins profonde suivant les idiosyncrasies particulières et l'abus qu'on a pu faire de l'exercice oculaire. »

Ce raisonnement est très-spécieux ; mais il y a ici une erreur capitale de théorie et de pratique. Il reste une distinction fondamentale à établir entre l'amblyopie et la kopiopie comme j'espère le prouver dans ces recherches. Une conséquence nécessaire de cette imperfection de la science, c'est l'incertitude et le vague des principes qu'on peut invoquer quand un pareil état se présente. En effet, a-t-on à traiter un cas de lassitude oculaire ? On s'y prend en général comme pour le premier degré de l'amaurose que les latins ont nommé *hebetudo visus*, et il faut avouer que dans la majorité des circonstances, on n'arrive pas à un résultat satisfaisant. L'œil continue à se fatiguer plus ou moins après comme avant le traitement, et il n'est pas rare que le malade et le médecin se lassent du peu de ressources que leur prête l'art.

En résumé, on peut dire que l'étude de l'ophthalmokopie a été négligée par les auteurs ; que son histoire est à faire toute entière ; qu'on a confondu les symptômes qui la décèlent avec ceux de l'amaurose commençante ; et que plus d'une erreur thérapeutique a découlé de ces notions imparfaites.

Voyons quelles lumières pourront nous fournir l'application des analogues, et l'examen clinique et expérimental du mécanisme de l'ophthalmokopie.

§ II. De l'application de la méthode des analogues a l'étude de la kopiopie.

L'application de la *méthode des analogues à l'étude et à la généralisation des phénomènes de l'ophthalmologie*, m'a déjà conduit à

plusieurs corrollaires importants ; ainsi elle m'a servi à éclairer divers points de doctrine et de génésie pathologique dans mes *Recherches d'anatomie sur la nature du ptérygion* qui ont obtenu le suffrage de la Société de médecine de Gand, (voy. *Bullet.* mai 1838, p. 92) et les honneurs de l'insertion dans ses Annales (voy. *Annal.* 1838, p. 253 — *Annal. d'Oculist.* tom. 1, août 1839). Parmi les autres innovations auxquelles j'ai été amené je citerai, pour me borner ici à ce qui a été publié, 1° mon *Procédé nouveau pour la cure des ulcères de la cornée* (voy. *Gaz. méd. de Paris*, 28 juillet 1838), 2° ma *Méthode nouvelle pour le traitement du staphylôme*, (*Gaz. méd.* ibid. — *Annal. d'Oculist.* nov. 1838), sur la quelle j'ai publié récemment un mémoire explicatif (*Annal. d'Oculist.* tom. IV, p. 128, déc. 1840), qui a été reproduit en entier à Paris, dans la *Revue des spécialités* du docteur Duval (janv. 1841, et suiv.)

La théorie des analogues est certainement une mine riche et féconde en pathologie, pourvu qu'on ne fasse pas abus de l'application de ses principes, et qu'on ne sorte point des limites posées par la méthode rigoureuse.

L'élément moteur de l'œil n'a guère été pris en considération dans l'étude des fonctions spéciales de l'appareil oculaire ; on pourrait à priori reconnaître qu'il y a là un *desiderata*, car la part n'a point été faite à l'action musculaire. Dans son mémoire sur les appareils musculaires annexés aux organes des sens, (*Gaz. méd.* 1838, n° 11), M. Diday a discuté l'utilité du clignement pour rendre la vision plus parfaite, mais l'action des muscles propres, n'a encore été envisagée que sous le rapport des mouvements du globe ; ce n'est que dans Müller (Physiol. du syst. nerveux) qu'a été entrevue l'influence du système moteur de l'œil sur son système sensitif, et encore rien ne s'y rapporte directement à l'objet actuel de mes recherches.

L'analogie nous montre cependant combien peut être influent l'élément musculaire sur les fonctions particulières des organes qu'il dessert ; je me bornerai à quelques exemples : dans le vomissement spasmodique, la cause première du mal réside souvent dans l'innervation altérée de la membrane musculaire de l'estomac ; le spasme qu'elle éprouve, non-seulement s'oppose à l'accomplissement de la fonction digestive (1), mais même se fatigue à tout contact des substances alibiles soit liquides, soit solides, et en provoque le rejet. En

(1) On sait toute l'influence du mouvement péristaltique de l'estomac sur la digestion.

ceci, je ne prétends point faire jouer à l'estomac un rôle exclusif dans l'acte du vomissement. Je n'ignore, ni n'oublie celui des puissances accessoires; mais peut-être n'a-t-on pas accordé à l'organe gastrique, tout ce qui lui revient, comme le prouverait au besoin ce qui se passe dans le tube intestinal et dans le réservoir urinaire.

Les mouvements antipéristaltiques du canal digestif, dans certaines coliques nerveuses, dans quelques iléus, dans le miserere, etc., ne témoignent-ils pas de l'influence spéciale de l'appareil musculaire qui lui est annexé?

Nous retrouvons une analogie non moins frappante dans divers états de la vessie, où, en l'absence de toute phlegmasie, les muscles de la poche urinaire se fatiguent des moindres quantités de liquide. Dans tous ces cas la tension musculaire produit la lassitude, et cette dernière altère les fonctions des organes auxquelles elle semble plus ou moins étrangère.

Dans l'œil, l'analogie fait pressentir qu'il doit y avoir des phénomènes similaires, et, en effet, on a affaire à un globe membraneux, par là même plus ou moins compressible, et dès lors susceptible d'éprouver dans sa forme et ses rapports des modifications plus ou moins variées; or, nous voyons quatre muscles droits et deux muscles obliques lui former un appareil moteur capable d'entraîner dans ses parties constituantes, des modifications plus ou moins profondes comme nous venons de le signaler. La tension musculaire pourra donc réagir sur les fonctions visuelles, et quand l'expérience directe ne viendrait pas le démontrer, le raisonnement et l'examen anatomique suffiraient seuls pour établir les réactions réciproques du système moteur sur le système sensitif, et vice-versâ. Ce résultat est d'autant plus facile à concevoir que l'on a à tenir compte de l'influence de muscles différents dans leur forme, dans leur direction, et dont la puissance isolée ou combinée donne lieu à des phénomènes complexes infiniment variés. Il reste donc à faire entrer dans les recherches relatives à la faculté visuelle, le mode d'être des muscles intrinsèques annexés à l'appareil ophthalmique. Cette remarque approfondie m'a conduit aux résultats qu'il me reste à faire connaître.

§ III Des causes et du mécanisme de la kopiopie.

Nous venons de voir que la physiologie des analogues met sur la voie des attributions du système musculaire de l'œil. Nous allons rencontrer à chaque pas la confirmation de ces prémisses.

La lassitude oculaire dont je veux parler, s'observe à peu près à tout âge et dans l'un et l'autre sexe. Elle affecte plus particulièrement l'adolescence et l'âge adulte et les individus atteints de myopie. Je l'ai rencontrée spécialement chez les personnes qui s'adonnent à l'exercice prolongé de la vue, qui s'appliquent à des travaux minutieux, par exemple, chez les hommes de lettres, les teneurs de livres, les dessinateurs de fabriques, les couturières, les brodeuses, les artisans en émail, etc., etc. La conséquence de cette infirmité est plus fâcheuse que celle de beaucoup de maladies en apparence plus graves ; car elle oblige le kopiope non-seulement à interrompre ses occupations, mais même à abandonner ses travaux et son état ; dans les colléges, elle arrête les jeunes gens dans leurs études classiques, dans le monde elle les entrave dans leur carrière, et détruit plus ou moins complétement leur avenir. Celui-là ne peut lire ou écrire que pendant une heure plus ou moins; celui-ci ne peut dessiner que quelques instants sans que sa vue se fatigue. A coup sûr une pareille infirmité est digne de toute l'attention des observateurs et mérite bien qu'on entreprenne les plus sérieuses recherches pour en créer la thérapeutique.

Le premier symptôme de la lassitude oculaire est une sorte de gêne dans les yeux; cette gêne se manifeste plus ou moins tôt suivant le degré où est arrivé la kopiopie; elle s'accompagne bientôt d'un embarras dans l'œil et les paupières qui nécessite souvent un clignement répété, comme si le mouvement palpébral devait en débarrasser. Peu à peu, la vue se lasse; il survient une espèce de tension dans le globe, et plus tard un sentiment de pesanteur; tout l'appareil oculaire devient le siége d'une chaleur anormale; et si l'exercice continue, il ne tarde pas à s'y joindre des lourdeurs de tête, de la céphalalgie, des étourdissements, et un malaise indéfinissable qui occupe l'orbite, le front et les tempes. Ajoutez que la vue se brouille, que la perception des images devient confuse, les yeux se remplissent de larmes, et enfin force est au malade d'interrompre son travail. Le repos le soulage; mais la reprise des occupations ramène la même série de symptômes. A la longue, le regard acquiert et conserve un caractère d'incertitude et d'indécision.

Cette forme d'ophthalmokopie peut persister pendant plusieurs années en variant seulement dans la durée de la lassitude, et dans le plus ou moins de rapidité avec laquelle elle se développe. Simple dans le principe, elle peut avec le temps se compliquer d'une lésion idiopathique de la rétine ou du nerf optique, et en particulier de l'am-

Myopie congestive ; mais alors viennent s'y joindre d'autres phénomènes caractéristiques de cette dernière maladie, telles que les hallucinations de la vue, les photopsies ou sensations d'étincelles de feu, les chroopsies ou visions d'objets colorés, la photophobie, etc.

Quelle est la source de cette lassitude? Est-ce une affection de la rétine? Est-ce un commencement d'amaurose? Serait-ce un spasme de l'iris? Ou bien avons-nous affaire à la tension et à la fatigue des muscles de l'œil qui servent à l'accommodation ophthalmique pour les distances? Et dans ce cas, par quel raisonnement, par quelle expérience, par quel mécanisme, ces phénomènes sont-ils liés, et peuvent-ils s'accomplir? etc.

Déjà la théorie des analogues nous a ouvert la voie à cet égard; déjà nous avons entrevu le rôle que peut jouer le système musculaire. Si nous avions à combattre une simple faiblesse de la rétine, certainement il serait plus facile d'en triompher que de l'amaurose, et cependant j'ai fourni un très-grand nombre de cas de guérison de cette dernière maladie très-souvent regardée comme incurable; j'y suis arrivé au moyen d'une méthode puisée dans la même théorie, et dont j'ai développé les principes, soit dans ma *Revue ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, (*Gaz. méd.* 28 juill. 1838, *Bull. thérap.* juill. et nov. 1838. — *Annal. d'Oculist.* mars 1839), soit dans mon *Traité de la goutte sereine* (*Annales* de la Société de Sciences nat. de Bruges, 1840). Or, la kopiopie résiste d'ordinaire aux divers moyens thérapeutiques qu'on lui oppose, et ne cède que momentanément pour reparaître à la première application de l'organe.

On voit dans la physiologie de Müller que les muscles intrinsèques de l'appareil oculaire servent à l'accommodation de l'œil pour la vision parfaite suivant les diverses distances. Cette doctrine est encore, il est vrai, dans plusieurs points, à l'état de pure hypothèse, mais la vérité n'en a pas moins été entrevue, et j'espère que les remarques qui suivent deviendront une source de preuves, seulement je dois me borner, pour le moment, à ce qui concerne l'ophthalmokopie.

1° Il est incontestable que l'action des muscles droits et obliques, modifie la forme de la cornée et les diamètres du globe, dont l'augmentation ou la diminution se trouve en rapport du degré de tension des cordes motrices. Non seulement, la courbe que décrit la surface kératique change de figure, mais il se passe aussi des phénomènes particuliers dans sa diaphanéité. J'ai, en 1838, fait à cet égard une

découverte que je crois de quelque importance en ophthalmologie ; une forte tension de la cornée en diminue la transparence ; on peut aisément s'en administrer la preuve sur le cadavre ; les changements que la compression du globe détermine dans cette membrane sont si grands, qu'il peut y apparaître une véritable opacité, soit qu'elle dépende de nouveaux rapports dans la contexture organique, soit qu'elle se lie à des phénomènes d'exosmose. L'organe est-il abandonné à lui-même, la diaphanéité kératique revient. Ne peut-on pas tirer de cette remarque une conclusion digne d'être signalée pour le traitement de certaines hydrophthalmies, où le trouble du miroir de l'œil fait croire à l'altération profonde des lames kératiques, et où la tension de la coque oculaire serait la seule cause du mal ? La paracenthèse ophthalmique aidée des moyens antihydropiques deviendrait une médication précieuse. Il est inutile d'insister sur les corollaires qui en découlent pour l'ophthalmokopie.

2° J'arrive à l'examen de ce qui se passe chez nombre de strabiques ; j'ai démontré dans mon *Mémoire sur la myotomie oculaire appliquée à la cure du strabisme* (*Ann. d'Ocul.*, tom. IV, mars 1840), que les louches ne voient guère que d'un œil (1). J'ordonne, disais je alors, au malade de fixer un petit objet à une distance donnée ; je passe alternativement devant l'un et l'autre œil un petit corps opaque ; l'image est perçue tant que l'axe de l'œil sain reste libre, et disparaît dès qu'il est interrompu ; l'œil dévié ne joue dans la vision qu'un rôle très-secondaire ; et si, au moment où l'objet cesse d'être perçu, on commande au malade de le chercher, il est remarquable que cet œil exécute diverses oscillations, jusqu'à ce que son axe optique se soit établi dans la direction voulue.

Une foule de strabiques sont affectés d'ophthalmokopie ; peut-on dire que cela tient à ce qu'il n'y a qu'un seul œil qui agisse ? Non certainement, car la kopiopie n'est pas générale chez tous les louches ; bien que les causes qui, dans cette manière de voir, devraient la produire, existent à peu près constamment d'après les expériences précitées.

Je ferai remarquer en outre que dans l'état de santé la même étiologie pourrait être invoquée, et cependant les résultats ne sont pas uniformes. Il est facile de se convaincre par des recherches

(1) J'ai démontré publiquement à Paris cette expérience chez MM. Phillips, Baudens et Amussat ; je l'ai répétée à Lyon. M. Florent Cunier en a aussi fait usage, d'après mon indication, comme d'un moyen de diagnostic dans les cas de strabisme vague.

exacte que le rôle que les yeux jouent dans la vision n'est pas le même : ils servent l'un et l'autre à l'accomplissement de cet acte, mais la part qu'ils y prennent est différente ; et en répétant l'expérience qui m'est propre, on arrive à conclure que l'un est actif, et l'autre presque passif. Je ferai mieux comprendre ma pensée en disant que l'un *regarde* et que l'autre se borne à *voir*. Plusieurs physiologistes célèbres ont déjà fait une remarque analogue : je citerai entr'autres Gall et Spurzheim, mais cette opinion a été contestée ; elle n'est point admise dans la science. J'ai imaginé à cet égard une expérience qui me paraît décisive, c'est la suivante : regardez en face un objet de moyenne grosseur à la distance de 12 à 15 pieds ; placez ensuite l'indicateur dans la direction visuelle, de manière à ce qu'il masque en tout ou en partie l'objet précité ; fermez alors brusquement l'œil gauche ; si l'objet reste couvert, c'est l'œil droit qui joue le rôle *actif* ; si au contraire l'objet continue à être vu et que l'index se trouve en dehors de l'axe optique, c'est alors à l'œil gauche que revenait la part principale dans l'acte de la vision, et *vice-versâ*. La raison découle naturellement de l'expérience elle-même. En voici une autre qui peut lui servir de contrôle. Fermez préalablement l'œil droit, fixez alors le même objet ; masquez-le ensuite par l'index, placé comme dans le cas précédent entre l'objet et l'œil, à la distance d'au moins un pied et demi (48 centimètres) ; ouvrez en ce moment l'œil droit ; si l'objet continue à être masqué c'est une preuve que l'un et l'autre œil jouissent d'une puissance plus ou moins similaire, et peuvent alternativement fonctionner d'une manière active. Si l'expérience se continue trop longtemps et qu'elle ne s'exécute pas avec la précision que je viens de signaler, il peut survenir de la diplopie qui compliquera les résultats.

3° Voici un exemple plus propre encore à démontrer que la kopiopie ne tient pas à l'action plus ou moins exclusive d'un seul œil ; et pour cela, je n'ai besoin que d'invoquer l'histoire des personnes borgnes. On sait que dans ce cas, bien qu'un seul œil fonctionne, la lassitude oculaire est loin d'être inhérente à cette disposition morbide ; elle reconnaît donc une autre cause.

4° Un moyen que j'ai employé souvent comme agent thérapeutique, me servira comme probatoire ; c'est l'application du froid qui exerce comme on sait une action sédative sur le système musculaire, qui en calme les spasmes, qui en tempère les contractures, et qui parfois, réussit à en faire brusquement disparaître la fatigue. Voilà l'indication, voici le modus faciendi : dans plusieurs kopiopies j'ai prescrit,

avec succès des lotions d'eau froide sur les paupières et autour de l'orbite. Tantôt, c'est l'application répétée d'une compresse imbibée de liquide, tantôt c'est une sorte de douche qu'on peut administrer par le système du syphon; immédiatement les phénomènes kopiopiques s'amendent; quelquefois même ils disparaissent en quelques minutes, en faisant cesser la tension des muscles. Pense-t-on que si la lassitude résidait dans la rétine, le même résultat fût obtenu aussi complet et aussi rapide? L'effet des irrigations d'eau froide est, je le répète, fréquemment instantané, mais je dois noter au point de vue thérapeutique qu'il n'est que temporaire.

5° L'application des lunettes nous fournit un cinquième ordre de preuves. La fatigue des yeux, surtout chez les myopes, est très-prononcée; l'organe est péniblement accommodé aux diverses distances; la tension musculaire ne tarde pas à entraîner une sorte de spasme; la vue se lasse, se trouble plus ou moins; et surviennent les symptômes dont j'ai fait le tableau au commencement de ce chapitre. Appliquez alors des lunettes appropriées au degré particulier de la vue du sujet, et immédiatement un soulagement prononcé s'opère; la fatigue disparaît, et souvent elle ne se reproduira qu'autant qu'il y aura abus d'exercice. Comment cela? C'est qu'ici l'accommodation de l'œil s'effectue par un moyen mécanique; les verres optiques suppléent les changements que doivent faire subir les six muscles de l'appareil et et ceux-ci entrent en repos; la rétine où l'on a jusqu'ici supposé que résidait exclusivement la lassitude, continue à fonctionner impunément. Enlevez les lunettes, la scène change, et vous allez voir tous les phénomènes de l'ophthalmokopie se développer successivement.

L'accommodation artificielle peut donc, dans quelques circonstances, être une ressource pour triompher de la fatigue des yeux, mais je ferai remarquer qu'elle laisse une incommodité en obligeant constamment à l'usage des lunettes.

6° Si nous interrogeons la physiologie pathologique de l'œil, elle nous donnera une réponse péremptoire précisément dans le sens qui nous occupe en ce moment. C'est un point que j'ai déjà abordé ailleurs : ainsi, dans mes *Recherches de physiologie et de pathologie sur les paralysies de l'œil et de ses annexes* (voy. *Ann. d'Oculist.*, 1838, n°ˢ 1 et 2), j'ai démontré l'influence du système moteur sur le système sensitif. J'ai étudié séparément les asthénies du droit externe, du droit interne, des droits supérieurs et inférieurs, du grand oblique et enfin de tous les muscles droits ensemble. Dans tous les cas il existe une réaction sympathique sur la vue qui devient indécise,

trouble et plus ou moins courte ; par exemple, dans la paralysie de la 3ᵉ paire qui anime comme on sait les droits interne, supérieur et inférieur et le petit oblique, la vision est toujours altérée.

Ainsi nous voyons successivement l'influence des muscles de l'œil démontrée par leur action exagérée et par leur paralysie.

7° Voici une expérience directe que j'ai imaginée et qui, ce me semble, va droit à la question : J'ai cherché à reproduire artificiellement et à volonté la fatigue oculaire, et je suis arrivé à étudier par un procédé simple et facile la production et le mécanisme des phénomènes que j'ai décrits plus haut. Il s'agissait de trouver un muscle dont l'action pût être parfaitement isolée ; j'ai choisi le droit externe et voici comment j'ai procédé : fermez l'œil le plus faible, tournez fortement en dehors celui qui reste ouvert, et qui étant le plus fort, fournira un témoignage plus frappant ; regardez fixement un objet quelconque à la distance déjà indiquée de 12 à 15 pieds, avec le soin de rester dans le même état sans exécuter aucun mouvement. Il ne tarde pas à se développer de la gêne, puis de la pesanteur et une fatigue assez prononcée ; on sent que l'œil se lasse ; la vue devient moins nette et se trouble ; par degré la gêne se convertit en une tension douloureuse ; l'œil s'humecte de larmes, et si l'on continue cette gymnastique forcée, il s'y joint de la chaleur, de l'engourdissement, etc.

Ce phénomène ne saurait être plus évident et rendu plus sensible ; il me semble que cette expérience est on ne peut plus démonstrative. Peut-être serait-il superflu d'apporter ici un plus grand nombre de preuves ; je me bornerai à la suivante qui certainement pourrait suffire à elle seule.

8° L'observation clinique m'a ouvert la voie de ces recherches, et conduit à la solution du problème ; je veux parler des résultats de l'expérimentation directe sur le vivant, en un mot, des vivisections humaines pratiquées pour le strabisme et dont les détails appartiennent au chapitre suivant.

§ IV. Des principes thérapeutiques et de leur application.

Le nombre des kopiopes m'a paru plus considérable que celui des louches ; et si l'on ajoute l'influence fâcheuse de l'ophthalmokopie sur la carrière des individus qui en sont affectés, on se fera une idée de l'importance que peut acquérir la thérapeutique de cette infirmité.

La plupart des praticiens, quand ils sont consultés dans des cas de

ce genre, se bornent à prescrire le repos ; mais ce moyen est absolument illusoire, car on ne s'adresse point à la cause fondamentale du mal qui reparaît dès que l'organe recommence à fonctionner d'une manière suivie.

Les irrigations d'eau froide sont bien préférables, mais elles ne peuvent s'appliquer en tous temps, et n'ont d'ailleurs qu'une action temporaire.

L'usage des lunettes, quoique suivi d'un effet en général plus prononcé, n'est aussi en définitive qu'une ressource palliative. Elles ont même un inconvénient, c'est de nécessiter des changements successifs de verres jusqu'aux numéros les plus forts, de manière à épuiser peu à peu la sensibilité optique.

Citons maintenant à l'appui des principes précédemment énoncés quelques exemples de guérison obtenues par la myotomie oculaire.

Obs. I. — Un ouvrier journalier, âgé de 18 ans, est affecté dès l'enfance d'un double strabisme convergent, d'une intensité très-médiocre; sa vue est faible, il ne peut vaquer à des occupations minutieuses; je l'opère le 8 mai, suivant le procédé que j'ai adopté (*Bullet. thérap.*, 1841, t. XX, p. 184) par la section des deux muscles droits internes. La portée visuelle augmente dès lors progressivement. La vue s'affermit et perd la disposition morbide dont j'ai parlé.

Obs. II. — Un jeune écolier, âgé de 11 ans, est atteint depuis l'âge de 3 ans d'un double strabisme convergent, plus prononcé à droite; sa vue se fatigue facilement et le gêne dans ses études classiques. Je l'opère le 1er mai 1841 par la section des droits internes. Sa vue s'était tout à fait améliorée dans le mois de juillet.

Obs. III. — Une ouvrière couturière, âgée de 17 ans, est attaquée depuis l'âge de 6 ans, à la suite de la variole d'un double strabisme convergent plus prononcé à droite. Sa vue se lasse par la couture, et plusieurs fois par jour elle est obligée d'interrompre ses occupations, et de prendre du repos. Je l'opère le 17 juin. La force visuelle augmente d'une manière notable, et après la convalescence, elle reprend ses occupations. La vue est tellement fortifiée qu'elle ne se fatigue plus. Elle peut impunément travailler à la couture toute la journée.

Obs. IV. — Un ouvrier plaqueur sur métaux pour objets de sellerie, âgé de 34 ans, est porteur depuis l'âge de 3 ans, d'un double strabisme convergent très-prononcé. Plusieurs fois par jour il éprouve de la gêne dans les yeux ; instinctivement il y porte la main, se frotte les paupières, et se trouve obligé de prendre plusieurs repos dans la journée, ce qui n'empêche pas que le soir il ait les yeux fatigués. Il m'est adressé par le docteur Diday et je l'opère le 10 avril. Aujourd'hui (août 1841) tout phénomène de kopiopie a disparu; il travaille impunément toute la journée, et n'éprouve plus la gêne, la tension et la pesanteur qui existaient avant la myotomie.

Obs. V. — Une petite fille de 7 ans est affectée depuis 3 ans à la suite d'une ophthalmie, d'un double strabisme convergent plus prononcé à droite.

Elle a la vue courte, faible et qui se fatigue vite, elle ne peut ni enfiler des perles ni passer un fil dans l'œil d'une aiguille. Elle m'est adressée par le docteur Malan, de Genève. Je l'opère le 22 juin, aujourd'hui elle peut s'occuper à l'étude et enfiler des aiguilles et des perles sans se fatiguer.

Obs. VI. — Une jeune fille de 13 ans, porte un double strabisme convergent acquis à l'âge de 15 mois; elle ne peut fixer les objets sans que sa vue se trouble; elle n'a pu apprendre à lire ni à coudre à cause de cette infirmité; elle m'est adressée par le docteur Dulin. Je l'opère le 6 mars; après la guérison, elle apprend parfaitement à coudre et finit par faire des ouvrages très-fins à l'aiguille et par devenir une excellente couturière. Elle peut impunément travailler toute la journée.

Dans tous ces cas l'opération a été faite sur les deux yeux et la portée de la vue a subi une augmentation plus ou moins grande. La guérison de la loucherie a été complète; je l'ai obtenue en me conformant aux préceptes que j'ai formulés dans mes *Recherches sur les causes d'insuccès dans l'opération du strabisme et sur les moyens d'y remédier* (voyez l'*Esculape* 21 mai 1841. — *Bull. thérap.*, tom. XX, pag. 128), recherches qui ont été reproduites dans le *Journal des Connaissances médicales pratiques* (juin 1841).

Dans le strabisme nous avons la tension spasmodique de quelques muscles de l'œil; l'ophthalmokopie y trouve une explication satisfaisante, et la myotomie oculaire, en la guérissant en même temps que la loucherie, vient donner la dernière sanction à la doctrine que j'ai émise. Remarquons d'ailleurs que la fatigue des yeux se rencontre plus particulièrement dans les cas où l'œil exige fréquemment une accommodation pour les objets rapprochés. En effet, cette lassitude n'existe pas pour la vision des points éloignés, aussi est-elle plus commune, comme je l'ai dit, chez les individus atteints de myopie et chez les personnes qui, par leur état, rentrent dans la même catégorie, tels sont les dessinateurs de fabrique, les hommes de cabinet, les brodeuses, etc., qui appliquent la vue à des travaux minutieux, dans une sphère étroite.

J'ai tiré de cette remarque pour la cure de certaines asthénies de la vue, une conséquence pratique que j'aurai occasion de faire connaître plus tard.

Il reste à résoudre une partie du problème sous le rapport physiologique; la tension et la fatigue musculaires sont démontrées; comment s'expliquer la douleur qui les accompagne? Peut-être doit-on la rapporter à deux causes, d'abord à l'état de spasme auquel les muscles intrinsèques de l'appareil sont en proie. Mais le globe lui-même n'y semble pas étranger : comprimé longitudinalement par les quatre muscles droits et transversalement par les deux obliques, il se trouve

soumis à une puissance active dont le résultat doit produire à peu près ce qui arrive quand on le serre entre les doigts ; c'est en effet un sentiment de gêne analogue qu'accusent les malades dans ces cas ; dès lors la solution du problême est donnée, on allonge la vue par la myotomie, on fait cesser la compression par la division des cordes motrices, on détruit la kopiopie par la réunion de ces deux causes.

Ce qui a lieu dans le strabisme, doit avoir la même influence dans les cas où la complication de la déviation oculaire n'existe pas. La tension des faisceaux musculaires n'en est pas moins réelle quoique l'axe optique reste droit par suite de l'équilibration de leurs forces opposées ; j'ai vu la kopiopie disparaître après la section du muscle droit interne, du droit externe, du petit oblique, etc.

J'ai prouvé qu'à une certaine époque l'amblyopie peut venir compliquer l'état morbide qui nous occupe. Quel rôle spécial joue donc la rétine dans la kopiopie ? Quand et comment se trouve-t-elle influencée ? La forme du globe ne peut rester complétement étrangère à la production de ces phénomènes ; quelle est la part qui doit revenir aux humeurs de l'œil ? Et quelle pourrait-être dans ce cas l'influence de la paracenthèse oculaire pratiquée dans un lieu d'élection ?

Quant à la lassitude musculaire, n'y a-t il aucune ressource pour suppléer et prévenir la myotomie et si l'on a recours à cette dernière quel muscle faut-il couper ? Les droits doivent-ils l'emporter sur les obliques, ou ceux-ci sur ceux-là ? Si l'on donne le choix à l'une de ces catégories quel est le muscle spécial dont la section mérite la préférence ? La méthode étant trouvée quel est le procédé qui convient le mieux ? Faut-il opérer les deux yeux à la fois ou suffit-il d'en attaquer un seul ? Jusqu'à quel âge l'opération que je signale ici pour la kopiopie, peut-elle agir comme moyen curatif ? etc.

Ce sont là à coup sûr autant de questions pleines d'intérêt et de nouveauté. Je ne chercherai point ici à les traiter complétement ; les unes, parce qu'elles m'entraîneraient trop loin ; les autres, parce que mes recherches ne m'en ont point encore donné la solution entière et définitive.

Il me suffira d'avoir le premier ouvert la voie, d'avoir posé les bases et formulé les principes qui gouvernent la matière, et d'avoir résolu la première et la principale partie du problême, en spécifiant moi-même les points culminants de la seconde moitié.

Je dirai que l'idée première sur la nature *musculaire* de la disposition à la fatigue des yeux et sur son traitement direct par la section du petit oblique, appartient à M. Bonnet, comme je le développerai dans la 2ᵉ partie de ce travail. (Voyez aussi la *Gazette médicale de Paris*, septembre 1841.)

DE LA DIVISION SOUS-CUTANÉE DE L'ORBICULAIRE DES PAUPIÈRES DANS L'ENTROPION ET L'ECTROPION SPASMODIQUES;

Par M. Florent Cunier.

De tous les entropions, le plus fréquent est celui dû au spasme de l'orbiculaire. D'après M. Riberi, « il n'y aurait pas d'entropion sans blépharospasme, ou plutôt, le blépharospasme serait une condition *sine qua non* pour la formation de l'introversion. » (Rognetta, *Cours d'ophthalmologie*, pag. 487.)

Ainsi que M. Chelius (*Traité pratique d'ophthalmologie*, tom. II, pag. 129), j'ai remarqué (*Annales d'Oculistique*, novembre 1840, pag. 82, avril 1841, pag. 44) que l'entropion spasmodique est presque toujours la suite d'ophthalmies éréthistiques accompagnées de photophobie prolongée, et se montre surtout chez les personnes qui, malgré cet état, font, pour se servir de leurs yeux, des efforts qui augmentent le spasme et déterminent bientôt la contracture permanente des orbiculaires.

Or, comment détruire l'état spasmodique de ces muscles? « J'ai « pensé, écrit M. Pétrequin à l'Académie des Sciences de Paris (1), « que la myotomie sous-cutanée trouverait ici une application ra- « tionnelle, comme l'a fait M. Cunier, et après lui M. Phillips (2). » J'ai, comme le rapporte M. Pétrequin, songé le premier à pratiquer dans ces cas, la myotomie sous-cutanée; j'ai été guidé en cette occasion par la conduite de M. Key (*The Lancet*, 5 novembre 1825, Chelius, l. c., pag. 187) qui, dans un cas d'entropion où les différentes méthodes opératoires avaient été employées sans succès, reconnut que l'inversion dépendait d'une contraction de l'orbiculaire; il fit une incision tout près des cils de la paupière inférieure, écarta les lèvres de la plaie, mit le muscle à nu, excisa quelques-unes de ses fibres, réunit la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et obtint une guérison complète.

Voici le procédé qui a été mis en usage par M. Pétrequin :

Obs. — Une ouvrière, âgée de 25 ans, portait un entropion complet à droit: elle se présente le 22 août à M. Pétrequin, qui remarque que la paupière se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, précisément dans le sens

(1) Séance du 6 septembre 1841.

(2) M. le docteur Phillips, à qui j'avais fait part du résultat que j'avais obtenu de la section sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières, s'était donné, dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences, comme l'inventeur de cette nouvelle méthode de guérir l'entropion et l'ectropion spasmodiques. M. Phillips a été obligé de reconnaître (*Annales d'Oculistique*, mai 1841) qu'il tenait cette méthode de moi; dans l'ouvrage qu'il vient de publier (*De la Ténotomie sous-cutanée*) il a écrit, pag. 204 : « Cette opération a été faite — par lui M. Phillips — en « présence de Son Excellence, M. Arendt, M. le docteur Gritti Simon, etc. M. Cu- « nier, oculiste à Bruxelles, a fait le premier cette opération, et il en a obtenu « des résultats très-heureux. »

des fibres du muscle palpébral ; le doigt appliqué sur les parties, sent la contraction qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière. Le spasme est permanent.

M. Pétrequin a fait tendre la paupière inférieure avec une pince placée à l'angle externe : il a implanté un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbure orbitaire inférieure ; puis, par un mouvement de bascule, il en a fait filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière, en passant derrière l'orbiculaire ; alors il a opéré la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les mouvements de la manœuvre. L'instrument a été retiré ; il s'est produit une ecchymose qui s'est résorbée rapidement ; le résultat a été maintenu par une compression méthodique.

Ce procédé est celui que j'ai suivi (*Bull. de l'Ac.*, mai, pag. 193), à cette exception près, qu'au lieu d'appliquer une pince à l'angle externe, j'en ai placé une à doubles branches au bord libre de la paupière, sur lequel la traction a été opérée, pendant que l'indicateur et le médius de la main gauche, appliqués sur le rebord orbitaire, tendaient la peau.

Sans l'application d'une semblable pince, la manœuvre serait par trop difficile à la paupière supérieure.

Une recommandation fort importante de M. Pétrequin, c'est de faire pénétrer la pointe du myotome jusqu'au bord palpébral ; sans cela le résultat serait incomplet. Ce sont en effet les fibres les plus rapprochées du bord palpébral qui sont principalement contractées dans l'entropion ; le contraire a lieu dans l'ectropion, aussi la section doit-elle limitée dans ces cas à la portion inférieure de l'orbiculaire, à la paupière inférieure, et aux fibres les plus supérieures dans l'ectropion de la paupière supérieure.

Chez un malade dont il a déjà été fait mention (*Annales d'Oculist.*, avril 1841), j'ai divisé en même temps l'orbiculaire à la paupière inférieure et à la paupière supérieure, ainsi que l'élévateur palpébral (1) ; il y avait introversion en bas, et pareil état avec lagophthalmos en haut ; j'ai dû diviser l'élévateur palpébral avant d'entamer la portion supérieure de l'orbiculaire.

La myotomie sous-cutanée est une opération on ne saurait plus rationnelle ; mais ainsi que le démontrent les observations que j'ai fait connaître l'an dernier (*Ann. d'Ocul.*, nov. 1840, pag. 82-88) on peut, dans un grand nombre de cas, sans diviser l'orbiculaire, vaincre la trop forte contraction de ce muscle. Il suffit, pour cela, de le faire adhérer, suivant ma méthode, avec la peau ; on crée ainsi un

(1) Le même malade louchait, et son strabisme, qui était interne, persistant après la section du droit interne, j'ai été forcé de diviser la poulie du grand oblique. (Voyez *Ann. d'Oculistique*, loc. cit.)

obstacle au renversement en dedans (1). Sur quatorze cas, ce procédé n'a été inefficace que trois fois; la contraction musculaire était dans ces cas poussée à ce point que les tentatives pour ramener la paupière en dehors étaient infructueuses; la division sous-cutanée, — peu facile à cause de la difficulté de tendre la paupière, même à l'aide des pinces, — a ramené les choses dans leur état normal.

D'après M. Pétrequin, le siége de l'entropion spasmodique, qu'il nomme *musculaire*, est d'ordinaire à la paupière inférieure; la disposition anatomique des parties y est, en effet, favorable à son développement; mais l'observation de M. Chelius (loc. cit., pag. 130) que le muscle releveur de la paupière supérieure étant pour ainsi dire l'antagoniste de l'orbiculaire, contribue à conserver la direction normale de cette paupière, se trouve contredite par quelques faits observés par moi, entre autres par celui dont il a été question ci-dessus.

MM. Saunders et Guthrie (Samuel Cooper, *Dict.*, II, pag. 529) prétendent que l'entropion spasmodique est plus fréquent à la paupière supérieure; je n'ai rencontré la prédominance d'action de l'orbiculaire de cette paupière que comme *effet* et jamais comme *cause* de l'inversion palpébrale, due alors à l'existence d'une tumeur, à la déviation des cils en dedans, etc.

Une remarque que je crois devoir signaler, c'est que le spasme de l'orbiculaire de la paupière supérieure s'étend toujours à ce muscle à la paupière inférieure, et que ce dernier peut être contracté isolément.

La section de l'orbiculaire pratiquée soit en bas, soit en haut, suffit pour faire cesser le spasme double. Une seule fois j'ai divisé ce muscle aux deux paupières; sa contraction en haut, combinée avec celle de l'élévateur palpébral avait produit, ainsi que je l'ai dit plus haut, un lagophthalmos avec inversion.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LES CAS D'OBSCURCISSEMENT DE LA CORNÉE NÉCESSITANT LE DÉPLACEMENT DE LA PUPILLE;

Par le même.

Plusieurs chirurgiens ont déjà mis en usage la division musculaire, par laquelle j'ai proposé de remplacer, dans certains cas, le déplacement pupillaire nécessité par l'opacité centrale de la cornée. M. Gué-

(1) J'ai exposé avec détail ce procédé dans les *Annales d'Oculistique* du mois de novembre 1840 (a). La figure 4 de la planche 1, jointe à la livraison du mois de juin 1841, donne une idée exacte de l'opération; on y distingue le pli palpébral, traversé par des épingles qui ont pris quelques fibres de l'orbiculaire, et autour desquelles l'étranglement a été produit à l'aide d'un fil.

(a) *Bulletin médical belge*, 1840, pag. 351.

pin, de Nantes, a trouvé que cette opération pouvait être regardée comme complémentaire de son ingénieuse *distension forcée de la pupille;* un des faits que j'ai fait connaître (obs. III) dans ma lettre aux Académies des Sciences de Bruxelles et de Paris montre, en effet, tout ce que l'on peut attendre du strabisme artificiel lorsqu'il aura été jugé insuffisant à cause de l'étendue et de la disposition de l'opacité, et que l'on aura été obligé de commencer par distendre la pupille. (Voir *Ann. d'Oculist.*, août, pag. 201.)

M. Pétrequin, de Lyon, a aussi suivi mon exemple. « Il a remarqué, dit-il, dans une lettre lue à l'Académie des Sciences de Paris (séance du 7 septembre) « qu'en déterminant le strabisme, comme je « l'ai fait, on a l'immense avantage de substituer la manœuvre facile « et généralement innocente de la myotomie, à l'opération de la pu- « pille artificielle, si délicate dans l'exécution, si souvent compliquée « d'accidents, et si rarement heureuse dans ses résultats. »

Voici l'historique que donne M. Pétrequin du cas dans lequel il a produit le strabisme :

Obs. — « Un ouvrier mineur, de Rive de Gier, à la suite d'un éclat « de mine, contracte, avec une double ophthalmie, une cataracte et un « ptérygion à l'œil droit, et une opacité des deux tiers inférieurs de la « cornée à gauche, sans parler de diverses lésions secondaires. Six mois « après l'accident on l'amène à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où j'opère le « ptérygion, le 20 juillet, avec un succès complet. Il prend ensuite « la varioloïde ; le 27 août, je fais la section du muscle droit supé- « rieur, pour produire un *strabisme artificiel* en bas, de manière à « mettre le tiers transparent de la cornée dans la direction de la pu- « pille. Immédiatement le résultat est obtenu, de manière que la vue « peut s'exercer librement à travers la portion translucide de la cor- « née qui correspond alors à la projection horizontale et directe des « rayons lumineux. »

J'ai eu l'occasion, depuis ma communication aux Académies de Paris et de Bruxelles, de recourir deux fois à la myotomie oculaire afin de déterminer un strabisme substitutif de la pupille artificielle. Le succès a été complet chez la nommée Marie Alleweireldtz, qui ne pouvait plus se conduire depuis onze années, qu'elle avait été en proie à une ophthalmie de l'armée qui avait laissé à droite un staphylôme sphérique total, et à gauche une opacité leucomateuse occupant les deux tiers externes. Le strabisme que j'ai produit lui permet de se conduire et de vaquer à ses occupations de ménage.

La section du droit externe et le dénudement de la sclérotique jusqu'aux droits inférieur et supérieur, n'a pu déterminer le moindre degré de strabisme sur l'œil d'un nommé Michiels, de la commune d'Etterbeék-lez-Bruxelles; j'ai depuis lors déplacé la pupille par le procédé de Lusardi. F. C.

—

JOURNAUX FRANÇAIS.

L'Examinateur médical.

RECHERCHES SUR L'ANATOMIE ET LES FONCTIONS DES MUSCLES OBLIQUES DE L'OEIL, ET SUR LEUR INTERVENTION DANS LE STRABISME.

Extrait d'une conférence faite le 14 juillet 1841, à l'hôpital des Enfants, par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite, voir notre dernier n°.)[1]

4° *Action combinée des muscles obliques et des muscles droits.*

Les expériences suivantes tendent à démontrer que les muscles obliques, par la combinaison et l'association de leur action avec celle des muscles droits, peuvent devenir ou des *auxiliaires* ou des *antagonistes* de ces muscles, suivant qu'on les considère sous le rapport des *changements de direction* ou sous le rapport *des changements de forme* du globe oculaire.

A. *Changements de direction.*—Examinons, comme nous l'avons fait précédemment, la combinaison d'action des obliques, d'abord avec l'action des droits interne et externe, et ensuite avec celle des droits supérieur et inférieur.

a. Nous avons dit que les muscles obliques, en agissant comme auxiliaires des muscles droits interne et externe, doivent devenir, suivant qu'ils se contractent ensemble ou séparément, ou des agents des mouvements *directs* ou des agents des mouvements *obliques* ou *intermédiaires*. Voici de quelle manière l'expérience nous a permis d'établir positivement ces deux faits :

Je porte l'œil dans différents degrés d'adduction au moyen d'une érigne; je transporte, comme je l'ai établi, l'insertion mobile des obliques tantôt au niveau du plan transversal passant par leur point d'insertion fixe et l'axe de rotation, tantôt en avant de ce plan; puis je tire sur les deux obliques simultanément. Or, vous le voyez, dans le premier cas, ils tendent à maintenir l'œil dans la position que je lui ai donnée, et ils deviennent ainsi des fixateurs de l'œil en dedans; dans le second cas, ils complètent le mouvement d'adduction; et, à l'épuisement de ce mouvement, ils rendent également fixe et permanente l'adduction extrême qu'ils ont réalisée. Dans ce second cas, comme dans le premier, ils deviennent donc fixateurs de l'œil en dedans.

Je fais la même expérience après avoir porté l'œil dans l'abduction; et, quel que soit le degré de celle-ci, les obliques la complètent, et, à l'epuisement de ce mouvement, ils fixent l'œil dans cette position. L'insertion des obliques sur un segment postérieur de la sphère oculaire, c'est-à-dire en arrière du plan transversal passant par le point

d'insertion fixe de ces muscles et l'axe de rotation, explique de la manière la plus parfaite ce résultat.

L'expérience physiologique rapportée précédemment, dans laquelle l'œil, arrivé aux limites habituelles de son adduction ou de son abduction, peut encore, par un nouvel effort du sujet, se porter en dedans ou en dehors d'une certaine quantité, en exécutant des mouvements de rotation, témoigne ici comme dans le premier cas, de l'intervention des muscles obliques, comme auxiliaires des muscles droits interne et externe : la rotation de l'œil qui caractérise les derniers efforts de l'adduction ou de l'abduction ne peut appartenir, comme nous l'avons montré précédemment, qu'aux seuls muscles obliques.

Mais l'expérience thérapeutique donne encore de ce fait une preuve plus concluante. Quand après la section du droit interne pour un strabisme convergent, l'œil, retenu encore par quelque portion de fascia retracté, ne s'est redressé qu'incomplétement, il peut être ramené, par la volonté du malade, dans le sens de la déviation. Dans ce cas, l'insuffisance du redressement n'a pas permis à l'insertion des obliques, transportée par la déviation en avant du plan transversal, de repasser en arrière de ce plan, et ces musles continuent de faire fonction d'adducteurs. Quand le redressement a été complet, leurs insertions se trouvant ramenées dans leur plan normal, l'œil ne peut plus se reporter dans le sens de la déviation. Que si c'est le droit externe qui a été coupé pour un strabisme divergent, quel que soit le degré du redressement, les obliques peuvent toujours ramener l'œil dans l'abduction, parce que leurs insertions ne cessent pas d'être en arrière du plan transversal.

Nous ajouterons enfin que dans quelques cas de strabisme convergent, la déviation n'a pas cessé entièrement après la section du droit interne, et que le redressement a eu lieu immédiatement après la section des deux obliques. Nous avons déjà dit, dans un autre but, que nous avons plusieurs fois observé un fait semblable après la section du droit externe pour un strabisme divergent.

Montrons maintenant que l'association d'action d'un des deux obliques seulement, et de l'un des droits interne ou externe, imprime à l'œil les mouvements *indirects* ou *obliques* que nous avons annoncés.

Je porte de nouveau l'œil en dedans; je tire sur l'oblique supérieur, et l'œil se dirige *directement* en bas et en dedans; sur l'oblique inférieur, et l'œil se dirige en haut et en dedans.

Je porte l'œil en dehors; je tire sur l'oblique supérieur, et l'œil se dirige obliquement en bas et en dehors; sur l'oblique inférieur, et l'œil se dirige en haut et en dehors.

Nous avons donné précédemment la raison de ces faits.

En rapport avec ces résultats, nous avons observé d'une part, des cas de strabisme en haut et en dedans, où la déviation oculaire persistant en partie après la section du droit interne et du droit supérieur, a disparu après celle de l'oblique inférieur; d'autre part, des cas de strabisme en haut et en dehors, où le redressement complet n'a été obtenu qu'après la section de ce dernier muscle, jointe à celle du droit externe et du droit supérieur.

Nous n'avons pas encore opéré de strabismes obliques en bas et en

dedans, ou en bas et en dehors. Mais ce que nous savons des mouvements de l'œil produits par l'action combinée de l'oblique supérieur et de l'un des muscles droits interne ou externe, nous permet de penser que, dans ces deux variétés de strabisme, il serait souvent nécessaire, pour obtenir un redressement complet, d'ajouter à la section de l'un de ces deux derniers muscles la section de l'oblique inférieur. Nous ne doutons pas que, le cas échéant, l'opération ne vienne confirmer ce que jusqu'ici nous n'avons pu établir que par induction.

b. Je porte l'œil en bas, je tire sur l'oblique supérieur, et l'œil se dirige en bas et en dedans, et se maintient fixe dans cette position.

Je porte l'œil en haut, je tire l'oblique inférieur et j'obtiens un résultat analogue, c'est-à-dire que l'œil se dirige et se maintient fixe en haut et en dedans.

L'observation ne nous a pas fait rencontrer jusqu'ici d'exemples de strabisme où nous ayons pu confirmer par les expériences cadavériques les inductions théoriques que nous avons posées.

B. *Changements de forme, ou raccourcissement antéro-postérieur du globe oculaire.* — Les considérations théoriques, les observations physiologiques et pathologiques, et les expériences de différents ordres, qui nous ont permis d'établir le fait de la traction de l'œil en avant et de sa dépression en arrière par l'action des obliques, peuvent nous servir, à défaut d'expériences directes qui n'ont pu être instituées jusqu'ici, à établir que, sous l'influence de l'action combinée et simultanée des droits et des obliques, le diamètre antéro-postérieur de l'œil subit nécessairement un raccourcissement quelconque. En effet, les muscles droits se contractant, s'opposent directement à l'impulsion de l'œil en avant, et ils ne peuvent empêcher ce mouvement, qu'à la condition de rapprocher les deux extrémités de l'axe antéro-postérieur de l'œil et par conséquent de le raccourcir; car l'œil est une sphère dépressible et élastique, dont les points opposés ne peuvent subir de pression en sens inverse sans céder à ces forces, c'est-à dire sans se rapprocher. Faisons remarquer, toutefois, que l'action des obliques n'étant pas diamétralement opposée à celle des droits, le raccourcissement ne peut s'effectuer qu'avec une pression inégale de la partie postérieure de la sphère oculaire, pression dont le résultat indispensable, avons-nous dit, est d'incliner le cristallin et les autres humeurs de l'œil à l'axe oculaire.

Ainsi se trouvent confirmées à la fois, par les expériences anatomiques, physiologiques et thérapeutiques, toutes les conséquences théoriques que nous avions cru pouvoir déduire de l'anatomie relativement aux fonctions des muscles obliques, considérés soit dans leur action propre, soit dans leur combinaison d'action avec celle des muscles droits. Nous allons maintenant chercher à déterterminer le rôle que ces muscles jouent dans la production et le traitement du strabisme.

(*La seconde partie à un prochain n°.*)

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE CINQUIÈME VOLUME.

(AVRIL A OCTOBRE 1841.)

dedans, ou en bas et en dehors. Mais ce que nous sav
vements de l'œil produits par l'action combinée de
rieur et de l'un des muscles droits interne ou exté
de penser que, dans ces deux variétés de strabism
nécessaire, pour obtenir un redressement compl
tion de l'un de ces deux derniers muscles la s
rieur. Nous ne doutons pas que, le cas échéa
confirmer ce que jusqu'ici nous n'avons p
b. Je porte l'œil en bas, je tire sur l'
dirige en bas et en dedans, et se maint
Je porte l'œil en haut, je tire l'ob
sultat analogue, c'est-à-dire que l'
haut et en dedans.
L'observation ne nous a p
de strabisme où nous ayons
vériques les inductions th
B. *Changements de f*
rieur du globe ocul
servations physiolo
différents ordres,
de l'œil en avan
ques, peuvent
pu être insti
combinée
postérie
conqu
tem
ce
d

